WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. A. Wojciechowskiego

WARSZAWA

ROK II SIERPIEŃ 1928 ZESZYT VIII

RHÉANTINE LUMIÈRE

Szczepionka przeciwgonokokowa wieloważna, stosowana „per os."

NAJDOGODNIEJSZA i NAJNOWSZA METODA SWOISTEGO LECZENIA **RZEŻĄCZKI** DROGĄ DOUSTNĄ.



Dawkowanie:
4 pigułki dziennie: 2 rano, 2 wieczorem na godz. przed jedz.

1 FLAKON ZAWIERA 32 PIGUŁEK KERATYNOWANYCH.

WSKAZANIA:

RZEŻĄCZKA (OKRESÓW PRZEWLEKŁEGO i OSTREGO), ORAZ WSZYSTKIE SCHORZENIA i POWIKŁANIA NA JEJ TLE, ZARÓWNO U **MĘŻCZYZN** JAK i U **KOBIET**.

(ZAPALENIE CEWKI MOCZOWEJ, PĘCHERZA, JĄDER, MACICY, JAJOWODÓW, JAJNIKÓW, STAWÓW, WSIERDZIA) I.T.P.

RHÉANTINE LUMIÈRE DAJE ZAWSZE NIEZAWODNE WYNIKI, NIE POWODUJĄC NAJMNIEJSZEGO ODCZYNU, ANI MIEJSCOWEGO, ANI OGÓLNEGO.

Przedstawicielstwo na Polskę „E. Nasierowski"
Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42 — Próby i literatura na żądanie WPp. Lekarzy

ROK II WARSZAWA 1928 SIERPIEŃ ZESZYT VIII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Współczesne metody swoistego zapobiegania chorobom zakaźnym wieku dziecięcego w zakładach zamkniętych, ze szczególnem uwzględnieniem szpitali.

PODAŁ

DR. HENRYK BROKMAN

Sprawa zapobiegania dziecięcym chorobom zakaźnym nabiera szczególnej ważności tam, gdzie dzieci znajdują się w mniejszem lub większem skupieniu. Bowiem w tych warunkach umożliwione zostaje przenoszenie się chorób zakaźnych wszystkiemi możliwemi drogami. Wielką troskę stanowi ta sprawa w szkołach, bardziej jeszcze w przedszkolach, przytułkach, żłobkach, lecz największe znaczenie posiada ona w szpitalach dziecięcych. Tutaj bowiem oddane zostają pieczy lekarza dzieci z chorobą, o której korzystnem lub niekorzystnem zejściu zadecydować może czynnik nieznacznej nawet wagi. A cóż dopiero będzie, gdy np. dziecko chore na gruźlicę zarazi się odrą, chore na zapalenie płuc szkarlatyną, chore na serce błonicą, wreszcie chore na zapalenie płuc — krztuścem. Nierzadko w takich wypadkach następuje decydujący zwrot ku zejściu śmiertelnemu. To też wysiłki współczesnego szpitalnictwa dziecięcego zmierzają w pierwszym rzędzie ku temu, ażeby dzięki odpowiedniej budowie szpitali oraz organizacji pracy szpitalnej ograniczyć możliwie do minimum zakażenia wewnątrzszpitalne. Wiadomem jest jednak, jak kosztownym jest system urządzania odpowiednich ilości boksów w szpitalach, tak, że w naszych warunkach, choć dużo już w tej dziedzinie zrobiono, osiągnięcie ideału jest rzeczą dopiero dalszej przyszłości. To też i inne metody walki z największą plagą szpitali dziecięcych nie powiny być zaniedbywane. W czasach ostatnich na pierwszy plan wysunęła się metoda swoistego zapobiegania i święci pierwszorzędne tryumfy w stosunku do odry, dając również bardzo korzystne wyniki w walce z błonicą i płonicą. Walce więc z zakażeniem wewnątrzszpitalnym z temi trzema chorobami po-

święcimy nasze rozważania, zaznaczając, że niestety w stosunku do krztuśca pod tym względem jesteśmy zupełnie bezsilni.

Kwestja zapobiegania odrze została przez naukę całkowicie rozwiązana przez *Nicolle'a* oraz *Degkwitz'a*. Surowica ozdrowieńców, pobrana w 9—14 dni po spadku gorączki, bezwględnie zapobiega wystąpieniu odry, o ile surowicę tę wstrzykniemy dziecku zakażonemu nie później, aniżeli w czwartym dniu wylęgania choroby. W ten sposób uzyskana odporność trwa około miesiąca. Te bezwlędnie pewne wyniki osiągamy szczególnie wtedy, gdy stosujemy surowicę mieszaną, t. j. pobraną z 3—4 ozdrowieńców. Nie trzeba tu zaznaczać, że dający surowicę winien być wolnym od gruźlicy, surowica zaś ma być bez zarzutu pod względem dawania odczynu Wassermann'a. Zrozumiałem więc się staje, że dla zwalczania odry w szpitalu należałoby każdemu dziecku, przybywającemu do szpitala, i to niezależnie od wywiadów częstokroć bałamutnych co do przebycia odry, wstrzyknąć 3 cm. surowicy ozdrowieńca. Tak rozstrzygnęła sprawę nauka, niestety wykonanie pod względem praktycznym napotyka na wielkie trudności. W miejscu narodzin metody, w Monachjum, sprawa ta przynajmniej na pewien okres czasu, została zorganizowana bardzo dobrze. Krew w szpitalach pobierano od dorosłych oraz dzieci starszych, przytem dający krew otrzymywał wynagrodzenie takie, jakie dostają ofiarowujący swoją krew do przetaczania. Surowica odpowiednio zbadana w centralnym zakładzie hygienicznym na odczyn *Wassermann'a* i jałowość dostarczana była szpitalom dziecięcym. Pozatem, w razie przypadku odry na mieście, dawano surowicę dla innych dzieci w rodzinie z warunkiem, że rodzice pozwolą pobrać krew od chorego dziecka w okresie zdrowienia. W ten sposób uzyskano dostateczną ilość surowicy dla potrzeb szpitali. U nas organizacja podobna o mniejszym nieco zakresie istnieje już od kilku lat. Kontrolą surowicy zajmuje się Państwowy Zakład Hygieny. W ten sposób zdobywa się surowicę na najpilniejsze potrzeby w Warszawie; ilość ta jest jednakże niedostateczna, ażeby przeprowadzić walkę w szpitalach na skalę, która by dawała zupełną gwarancję przed wszelkiemi niespodziankami. Zamało jest bowiem surowicy, ażebyśmy mogli uodparniać każde dziecko, przybywające do szpitala, to też ograniczyć się musimy do stosowania surowicy w razie zasłabnięcia jakiegoś dziecka na odrę. Wobec braku dostatecznej ilości surowicy ozdrowieńców nie zbywało na innych próbach rozwiązania sprawy. Wiadomo, że większa ilość (do 30 cm) krwi człowieka dorosłego który niegdyś przebył odrę również posiada właściwości ochronne. Jednakże wynik uodpornienia krwią, względnie surowicą, tego typu jest o wiele mniej pewny, aniżeli surowicą ozdrowieńca. Częstokroć osiągamy jedynie złagodzenie przebiegu choroby u dziecka uodpornionego, co oczywiście jest ważne dla dziecka zarażonego, lecz dla szpitali bynajmniej nie jest dostateczne pod względem epidemjologicznym; bowiem taka złagodzona odra nic nie straciła pod względem siły swej zakaźności.

Metoda swoistego zapobiegania błonicy rozporządza arsenałem środków bardziej licznych, bardziej dostępnych, mniej jednak może pewnych oraz mniej obojętnych dla chorego. Korzystna strona metody polega na tem, że zapomocą wykonania odczynu *Schick'a*, pominąwszy nieliczne wyjątki u dzieci najmłodszych, zdajemy sobie dokładnie sprawę, które z dzieci są na błonicę wrażliwe. Stwierdzając stan epidemjologiczny szpitala pod tym względem przynajmniej raz w tygodniu, dalsze nasze postępowanie uzależnimy od tego, czy w danej chwili w szpitalu panuje spokój pod względem błonicy, czy też zaszły ostatnio przypadki zachorowań. Jeśli to ostatnie ma miejsce, dążymy do jak najszybszego uzyskania odporności u dzieci, co osiągamy zapomocą wstrzyknięcia około 20000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej. O ile alarmu niema, natenczas, licząc się z dość długotrwałem pozostawaniem dzieci w szpitalu, przystępujemy do uodparniania czynnego, wstrzykując dwukrotnie w odstępach dwu tygodniowych anatoksynę błoniczą dzieciom z dodatnim odczynem *Schick'a*. Już bardzo szybko po wstrzyknięciu pierwszem anatoksyny u ogromnego odsetka, dochodzącego do przeszło 90%, zaczyna zjawiać się odporność antytoksyczna, a z tem odporność na zakażenie. To uodparnianie czynne stosujemy również i w tym przypadku, gdy dziecku poprzednio wstrzyknęliśmy surowicę, lecz tutaj, licząc się z pewnym hamującym wpływem surowicy na powstawanie odporności czynnej, stosujemy pierwsze wstrzyknięcie anatoksyny

po 5 — 6 dniach od chwili wstrzyknięcia surowicy. Ta metoda, stosowana zresztą obecnie na szeroką skalę we Francji, posiada prócz niewątpliwie korzystnych i pewne ujemne strony. Po pierwsze musimy się liczyć z nierzadkiem występowaniem przykrych objawów choroby posurowiczej, czego nigdy nie widujemy przy stosowaniu ludzkiej surowicy odrowej. Pozatem wstrzyknięciem tem wywołujemy uczulenie na obce białko, co może do pewnego stopnia utrudnić późniejsze wstrzyknięcie surowicy, gdy będziemy mieli istotne potemu wskazania. Co do anatoksyny, to należy wziąć pod uwagę, że wszelkie uodpornianie czynne wymaga od ustroju uodparnianego pewnego wysiłku, nie jest ono zupełnie obojętne, a w szpitalu mamy wszak do czynienia z dziećmi choremi. Dlatego też należy przyznać, że ta ostatnia strona metody wymaga jeszcze wypróbowania, zanim zacznie być stosowana powszechnie. Korzystnie za tą metodą przemawia okoliczność, że stosując anatoksynę, używamy szczepionki, która niema własności toksycznych, stany gorączkowe wywołuje w niewielkim odsetku przypadków, szczególnie zaś bardzo rzadko ma to miejsce u dzieci najmłodszych. Nie jest ta metoda jednak pewna w 100%, bowiem nie wszystkie dzieci dają się uodpornić. Najtrudniej osiągamy wynik u niemowląt, najmniej zdolnych do wytworzenia odporności.

Walka wewnątrz szpitalna z płonicą oparta została na wynikach osiągniętych w stosunku do błonicy. Nasze wysiłki w tym kierunku weszły na właściwą drogę dopiero z chwilą ustalenia czynnika etjologicznego w postaci paciorkowca płoniczego, odkrycia odczynu *Dicka*, będącego wskaźnikiem wrażliwości na płonicę, wypracowania metody uodparniania czynnego oraz z chwilą odkrycia surowicy przeciwpłoniczej. Postępowanie nasze jest następujące. Wszystkie dzieci znajdujące się w szpitalu są określone zapomocą odczynu *Dick'a* co do wrażliwości na płonicę. W razie zjawienia się na sali przypadków płonicy wszystkim dzieciom z dodatnim odczynem *Dick'a* wstrzykujemy 10 cm antytoksycznej surowicy przeciwpłoniczej, wyrabianej przez Państwowy Zakład Hygjeny. W ten sposób posiadamy prawie zupełną gwarancję, że uda nam się zabezpieczyć dzieci zagrożone na przeciąg kilku tygodni. Jest rzeczą zrozumiałą, że i tutaj wstrzyknięcie 10 cm obcogatunkowej surowicy nie jest sprawą obojętną, to też częstokroć zmuszeni jesteśmy powstrzymać się od tego zabiegu szczególnie u dzieci z czynną gruźlicą... I tutaj podobnie, jak to ma miejsce w stosunku do błonicy, należy wziąć pod rozwagę, czy należy uodparniać dzieci znajdujące się w szpitalu czynnie, czy to po wstrzyknięciu surowicy, czy też bez uprzedniego wstrzyknięcia surowicy tam, gdzie nie zaszły przypadki zachorowań na płonicę. Posiadamy wszak w szczepionce w postaci anatoksyny skuteczną metodę uodparniania czynnego przeciw płonicy. Lecz i tutaj powstają te same zastrzeżenia, jakie wysunęliśmy w stosunku do stosowania anatoksyny błoniczej: 1. występujące od czasu do czasu odczyny gorączkowe, 2. niezbyt pewny wynik uodparniania u dzieci najmłodszych. Dlatego też należy się powstrzymać od wypowiedzenia ostatniego zdania w tej właśnie kwestji, można jednak stwierdzić, że próby w tym kierunku winny być prowadzone nadal. Metody czynnego uodparniania przeciw płonicy ulegają coraz większemu udoskonaleniu i trzeba mieć nadzieję, że w nich znajdziemy z czasem skuteczną broń w walce z wewnątrzszpitalnem niebezpieczeństwem płonicy.

W rzędzie swoistych metod walki z chorobami zakaźnemi, zarówno w szerszym zakresie, jakoteż w szpitalu należy postawić walkę z nosicielami bakterji. Bowiem nie tyle chory na błonicę i płonicę, którego szybko izolujemy, jest przyczyną powstawania zakażenia w otoczeniu, lecz nosiciel, bądź to zdrowy, bądź cierpiący na inną chorobę. Statystyka wykazuje, że tylko 2% zachorowań na błonicę ma źródło w osobniku chorym, natomiast 98% zostało zakażonych przez nosicieli. Normalnie odsetek nosicieli laseczników błonicy wynosi od 2 — 4%. W ostatnich czasach, jak to wykazują badania francuskie, odsetek nosicieli wzmógł się, szczególnie na oddziałach niemowlęcych. Jednakże usuwanie nosicieli, wymagających leczenia szpitalnego byłoby metodą nieludzką i bezcelową, dezorganizującą życie szpitalne. W stosunku do szkarlatyny badania na nosicielstwo są technicznie prawie że niewykonalne. Jeżeli nawet uznać, co zdaje się być pewnem, że paciorkowiec szkarlatynowy jest, jeżeli nie jedynym, to głównym czynnikiem etjolo-

gicznym płonicy, to jednak dalecy jesteśmy od praktycznej możliwości określenia nosicieli tych paciorkowców. Bowiem metody różnicowania paciorkowców płoniczych są wysoce subtelne, zabierające dużo czasu badaczowi, a stąd nie nadające się do szerokiego zastosowania. Dlatego też metoda swoistego zapobiegania płonicy zapomocą walki z nosicielstwem nie ma nawet tych szans powodzenia, jakie rokują one w stosunku do błonicy.

W referacie powyższym uwzględniliśmy walkę z chorobami zakaźnemi wieku dziecięcego w gmachu szpitalnym. Jest rzeczą oczywistą, że uwzględnione tutaj metody postępowania będą miały zastosowanie we wszystkich instytucjach dziecięcych, szczególnie zamkniętych. W naszych zarządzeniach będziemy mogli być w ostatnim przypadku bardziej jeszcze konsekwentni, gdyż ustanie hamulec, jakim jest wzgląd na stan chorobowy pacjenta szpitalnego. U dzieci zdrowych, zarówno uodpornienie bierne, jako też czynne nie jest połączone z żadnym niebezpieczeństwem.

A. LUMIERE i A. GELIBERT.

Sole złota w leczeniu gruźlicy.

Wprowadzony w roku 1924 przez *Moolgard'a* pod nazwą Sanochryzyny podwójny tiosiarczan złota i sodu był, jak wiadomo, przedmiotem licznych badań, tak we Francji jak i innych krajach.

Na razie wyniki badań wydawały się niezgodne z twierdzeniami uczonego duńskiego i naogół były dość mało pomyślne. Lekarze francuscy posługiwali się tym środkiem w dawkach względnie dość dużych, jak to było początkowo zalecane i nie zawsze otrzymywali dobre wyniki; odwrotnie zauważyli przypadki nietolerancji i ciężkich zaburzeń, co skłoniło ich do wysnucia wniosku, że, ogólnie rzecz biorąc, ten sposób leczenia zawiódł pokładane w nim nadzieje.

Prof. *Leon Bernard* ogłosił spostrzeżenia dotyczące 26 chorych leczonych złotem, z których w 9 wyniki były pomyślne, ale w 2 wystąpiło wyraźne pogorszenie, spowodowane sanochryzyną.

Na podstawie danych ogłoszonych w piśmiennictwie światowem i na podstawie własnych spostrzeżeń *Villoret, Justin, Besancon i Imbert* przyszli do wniosku, że zasadniczo działanie złota jest godne uwagi, lecz że Sanochryzyna wymaga bardzo ostrożnego stosowania i że jej wartość lecznicza jest niestała.

Z drugiej strony *Calmette, Roquet i Negre*, w toku badań doświadczalnych nad gruźlicą, stwierdzili, że Sanochryzyna jest mało toksyczna dla prątków in vitro, że nie wydziela ona żadnego swoistego związku prątkobójczego, że prątki zmięszane z podsiarczynem złota i wstrzyknięte zwierzętom wywoływały zmiany gruźlicze tak samo ciężkie, jak i u zwierząt kontrolnych i wreszcie, że nie powoduje ona wyleczenia gruźlicy u zwierząt.

Colbert i Chatard, lekarze sanatorjum w Cambo sądzą, że powyższe wyniki badań doświadczalnych są wyrokiem zupełnie i całkowicie obalającym całą pracę i teorję *Moolgard'a* i kończą swe rozważania następującym wnioskiem: „nie może być mowy o zastosowaniu tej metody w ogólnej, codziennej terapji gruźlicy. Lekarz praktyk powinien umieć wytłumaczyć choremu, zawsze żądającemu nowych środków leczniczych, że jeżeli można mieć nadzieję w przyszłości w kierunku chemjoterapji, to jednak należy być rozsądnym i zachować się wyczekująco na razie, przynajmniej w większości przypadków".

R. Sergent na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego szpitali Paryskich na podstawie badań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych wyglosił wniosek, że Sanochryzyna nie posiada własności bakterjobójczych i leczniczych, które były jej przypisywane przez duńskiego uczonego.

Wiadomo wreszcie, że Komisja do badań nad Sanochryzyną, utworzona w Paryżu w 1925, ogłosiła w *Revue de la Tuberculose* wyniki badań *Calmette'a, Rist'a Leóna Bernarda, Besancon'a, Sergent'a* i innych i że wyniki te były bardzo niezachęcające.

Zgodnie z temi pierwszemi pracami wydawałoby się, że stosowanie złota, przynajmniej w postaci sanochryzyny, zostało zupełnie odrzucone; jednakże, jak zobaczymy, wyrok ten nie był ostatecznym.

Burnand i *Gilbert* (z Leysin) na podstawie badań nad 13 chorymi podczas 8 miesięcy przyszli do wniosku, że tiosiarczan złota bez wątpienia działa na zmiany gruźlicze w płucach.

„Nie ulega wątpliwości, powiadają ci autorowie, że ten związek chemoterapeutyczny wpływa na zmiany i to w sensie dość korzystnym".

Jednakże autorowie ci nie spostrzegali ani jednego przypadku, gdzieby wpływ ten na ogniska gruźlicze byłby na tyle głęboki i trwały, żeby można było mówić o wyleczeniu. Podkreślają oni nadto charakter często doraźny, przejściowy spostrzeganej poprawy, po której często następuje ponowne pogorszenie i to nawet przed zakończeniem wstrzykiwań.

Inni ftizjolodzy podjęli niedawno znowuż ten sposób leczenia i otrzymali wyniki niewątpliwie pomyślne, a to dzięki zmianie dawkowania i stosowania środka w mniejszych dawkach, naogół całkiem nieszkodliwych, lub w każdym razie mało szkodliwych. W ten sposób np. *Sayé* w Barcelonie zestawił spostrzeżenia dotyczące 73 chorych, z której to liczby w 50 przypadkach nastąpiło polepszenie pod wpływem leczenia złotem.

Wreszcie przed kilku miesiącami *Dumarest, Bonafé, Michon* i *Rougy* ogłosili ciekawe wyniki, otrzymane u 77 chorych w sanatorjum Hauteville przy stosowaniu złota w dawkach niedużych.

Dane statystyczne tych autorów wykazują, że stan około 30 chorych polepszył się wskutek leczenia złotem; kaszel i plwocina zmniejszyły się u 32 chorych, waga wzrosła u 30, zmniejszyła się u 10 i pozostała bez zmiany u 37; dane wysłuchowe wykazały polepszenie w 20 przypadkach, pogorszenie w 12 i zmian nie wykazały w 45 przypadkach.

Stan ogólny polepszył się znacznie u 32 chorych, w mniejszym stopniu u 8 i pozostał bez zmiany u 29.

Niepomyślne narazie wrażenie wywołane przez pierwsze próby z sanochryzyną we Francji zaczyna więc ustępować pod wpływem niezłych wyników, otrzymanych przez lekarzy, którzy w dawkowaniu tego środka byli bardziej rozważni.

Środek ten jak widać nie jest pozbawiony skuteczności, lecz jednocześnie posiada on też właściwości toksyczne i nawet w dawkach bardzo ostrożnych niekiedy powoduje mniej lub więcej ciężkie powikłania.

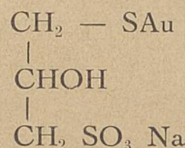
Z pośród 77 chorych spostrzeganych przez *Dumaresta* i jego współpracowników wydarzyły się dwa ciężkie przypadki, których przyczyną, zdaniem tych autorów, była sanochryzyna; pozatem było jeszcze kilka ciężkich następstw, lecz jedynie u chorych znajdujących się w okresie końcowym choroby.

Inne sole złota, również stosowane w gruźlicy jak Krysolgan i Triphal, wywołują te same objawy wtórne, co zmniejsza znacznie zakres ich stosowania.

* * *

Uprzednie badania w kierunku połączeń organicznych metali umożliwiło jednemu z nas sporządzenie szeregu pochodnych tiopropanolu siarczanu sodu, z których połączenie srebrowe znajduje się obecnie w użyciu pod nazwą Cryptargolu, a połączenie złote, jak się wydaje, nie posiada wad wyżej wzmiankowanych środków.

Budowa tego nowego połączenia odpowiada wzorowi:



$$\begin{array}{l} CH_2 - SAu \\ | \\ CHOH \\ | \\ CH_2\ SO_3\ Na \end{array}$$

W środku tym metal jest związany bezpośrednio z siarką, której druga wartościowość jest połączona z rodnikiem organicznym, podczas gdy w tiosiarczanie, siarka jest częścią cząstki mineralnej.

Aurothiopropanol siarczanu sodu jest to bezpostaciowy proszek białożółtawy, łatwo rozpuszczalny w wodzie, nieroz-

puszczalny zaś w rozpuszczalnikach organicznych; podegrzany do wysokiej temperatury rozkłada się on, lecz się nie topi.

Zwykłe odczyny na sole złota złota w nim nie wykrywają; nie wydziela się ono z roztworu ani w obecności siarczka żelaza, ani aldehydu mrówkowego i sody. Ażeby otrzymać strącenie, należy zniweczyć cząstkę organiczną przez nagrzewanie z kwasem azotowym.

Roztwory tego związku są stałe; wstrzyknięte podskórnie lub domięśniowo zostają one łatwo i doszczętnie wchłonięte; wstrzyknięcie nie sprawia żadnego bólu i nie pozostawia po sobie żadnego nacieczenia. Toksyczność jest bardzo mała, bo trzeba przekroczyć dawkę 0,1 centygrama na kilo wagi zwierzęcia, ażeby wywołać niepożądane objawy.

Sądząc więc a priori aurothiopropanol siarczanu sodu, czyli Allochryzyna, posiada jak się zdaje dość duże zalety w porównaniu z tiosiarczanem, który można wprowadzać tylko drogą dożylną i który może powodować wstrząs i inne ciężkie zaburzenia.

Allochryzyna w dawkach leczniczych odznacza się swą nieszkodliwością; należało tylko sprawdzić, czy mogła by ona być z pożytkiem stosowana w leczeniu gruźlicy.

Musimy się przyznać, że przystępowaliśmy do prób z tym nowym preparatem bez wielkiej ufności; po pierwsze dlatego, że był to czas, gdy opinja lekarzy była niepomyślnie usposobiona wobec początkowych niepowodzeń z sanochryzyną, a po drugie również i dlatego, że nasze dawniejsze badania dotyczące chemjoterapji gruźlicy wykazały, że siła bakterjobójcza soli złota względem prątków Kocha nie jest duża, fakt potwierdzony następnie badaniami: *Calmette'a*, *Nègre* i *Poquet'a* nad tiosiarczanem.

Pierwsze próby stosowania Allochryzyny pozostały bez wyniku, albowiem widocznie posługiwaliśmy się początkowo zbyt małemi dawkami (od 0,02 do 0,05), lecz w miarę zwiększania tych dawek i wyniki stawały się coraz wyraźniejsze.

Oto zestawienia naszych spostrzeżeń:

Stosowaliśmy złoto wśród chorych prywatnych, a więc nie dobieraliśmy przypadków, jak to się robi w sanatorjum. Żaden z naszych chorych nie należał do kategorji gruźlicy zupełnie nieczynnej, lub nierozwijającej się. Można przypadki nasze podzielić na trzy kategorje:

1. Postacie rozpadowe, postępujące z jamami — 6 chorych.

2. Postacie włóknisto — rozpadowe, w mniejszym lub większym stopniu postępujące — 14 chorych.

3. Postacie włókniste, z mniej lub więcej ciężkimi zaostrzeniami — 12 chorych.

Spostrzeżenia dotyczące tych chorych są zestawione na załączonej tablicy.

Zobaczmy w jaki sposób leczenie złotem wpłynęło na najważniejsze objawy:

a) S t a n o g ó l n y. Za wyjątkiem 4 przypadków, u wszystkich chorych zaznaczyła się w toku leczenia znaczna euforja i wzrost sił.

Spieszymy dodać, że należy liczyć się w tych subjektywnych polepszeniach z psychiką chorego, często zasugestjowanego przez stosowanie nowego środka Sądzimy więc, że nie należy do tych objawów przywiązywać większego znaczenia, o ile jednocześnie niema też polepszenia i ze strony objawów objektywnych.

b. W a g a. Zwiększenie wagi powyżej 1 kilograma zanotowano w 22 przypadkach; waga pozostała bez zmiany lub zwyżka nie przekroczyła kilograma u 7 chorych, wreszcie u 4 chorych wystąpił spadek wagi.

Z pośród największych przyrostów wagi przytoczmy przypadek, gdzie zwyżka wynosiła 9 kilogramów 600 grm., drugi 7 kilogr. 700 grm., następnie inne: 6 kilogr. 500 grm., 6 kilogr. 200 grm. 5 kilogr. 700 grm., 4 kilogr. 600 grm., 4 kilogr. 400 grm., 3 kilogr. 900 grm., 3 kilogr. 700 grm., 3 kilogr. 400 grm. i t. d.

c). D a n e w y s ł u c h o w e. Dane te w jednym przypadku wykazały pogorszenie, w 5 pozostały bez większych zmian; u wszystkich innych chorych stwierdzono zmiany w ogniskach płucnych, ujawniające się zmniejszeniem, względnie zniknięciem, rzężeń wilgotnych, szmer oddechowy stawał się więcej chuchającym, a więc, jak się wydaje, ogniska płucne stawały się suchsze i wykazywały dążenie do zabliźnienia.

d). K a s z e l i p l w o c i n a. Jeżeli wyłączymy 9 chorych, u których te objawy były nikłe, to stwierdzimy, że stan pozostał bez zmian u 6, podczas gdy u 17 wystąpiło pod wpływem leczenia polepszenie.

Badanie plwociny na prątki nie dało nam żadnych wyników, ponieważ, aczkolwiek u 3 chorych w pewnym okresie czasu nie stwierdziliśmy prątków, to jednak wystąpiły one ponownie u dwuch z tych chorych.

e). Dane radjologiczne. Gdy pod wpływem leczenia, lub pobytu w sanatorjum, lub wreszcie samorzutnie stan płuc u chorego gruźliczego ulega poprawie, to dane radjologiczne bynajmniej nie odrazu wykazują tę pomyślną zmianę i fakt ten staje się zrozumiały wobec nieprzezroczystości dla promieni X zmian bliznowych. Wobec tego jest rzeczą trudną stwierdzić radjologicznie szybką poprawę, nawet w tych przypadkach, gdy zupełnie niewątpliwie wszystkie inne dane badania klinicznego wskazują na polepszenie sprawy.

Statystyka lekarzy z Hauteville wykazuje, że wśród 77 chorych, u 70 radjologicznie nie można było stwierdzić żadnego uchwytnego polepszenia, aczkolwiek więcej niż połowa chorych poprawiła się znacznie pod wpływem leczenia.

Gdy jednak spostrzegane są pewne różnice podczas badania po kilkutygodniowej przerwie, to znowuż należy się wystrzegać źródeł licznych omyłek związanych z samą istotą badania.

Jeżeli wielkość iskry, napięcie prądu, stan ekranu lub oka badającego nie są zupełnie takie same, jak przy poprzedniem badaniu, można z łatwością odnotować zmiany w obrazie, zupełnie niezależne od istotnego stanu ognisk płucnych.

Nawet porównywanie fotografji może prowadzić do błędów i mylnych wniosków, jeżeli warunki zdjęć nie były ściśle identyczne. Do przyczyn omyłek związanych z czynnikami elektrycznemi i fizykalnemi (siła przenikania promieni, napięcie, folja wzmacniająca) dołączają się jeszcze czynniki fotograf czne (rodzaj emulsji, czas wyświetlania, skład kąpieli, czas wywoływania, temperatura i t. d.)

Zupełnie łatwo może się zdarzyć, że wykonamy jednego dnia dwa zdjęcia jednego i tego samego chorego, z których jedno będzie wykazywać zmiany o wiele wybitniej niż drugie, zależnie od połączenia czynników sprzyjających i niesprzyjających podczas zdjęcia.

Z tego względu posługiwaliśmy się radjografją prawie jedynie w celu sprawdzenia rozpoznania przed rozpoczęciem leczenia.

f). Gorączka. Nie możemy stwierdzić wpływu bezpośredniego Allochryzyny na ciepłotę, ponieważ dla powodów wytłumaczonych poniżej wszystkim gorączkującym chorym podawaliśmy jednocześnie cryogeninę.

Jednakże, jeżeli wyłączymy 6 chorych-u których nie było wogóle zwyżki ciepłoty, to musimy stwierdzić, że u 24 pozostałych gorączka znikła w 18 przypadkach po zaprzestaniu podawania wszelkich środków przeciwgorączkowych.

Jako przykład i w celu wykazania wyników naszego leczenia podajemy poniżej wyciągi z niektórych historji chorób, zwłaszcza dotyczących przypadków, godnych uwagi dla tych czy innych względów.

Spostrzeżenie I. P. Ch. 18 lat, maszynistka. Początek choroby w czerwcu 1925 r., angina, potem uporczywy kaszel.

W kwietniu 1926 r. kaszel większy, plwocina ropna, gorączka stała ze skokami do 39 i 40. Bóle klatki piersiowej, głos słaby, obfite poty nocne.

Badanie 22 czerwca 1926 wykazało: obecność rozległych obustronnych zmian, przeważnie po stronie prawej, gdzie zajmują one dwie trzecie płuca z dużą jamą w szczycie. Ciepłota osiąga, lub przekracza 39 wieczorem. Silne wychudnięcie. Ponadto istnieje powiększenie tarczycy z lekkim wytrzeszczem, drżeniem i tachykardją (tętno 120 — 132). Brak łaknienia. Duże rozrosty ziarninowe gardzieli i krtani. Liczne prątki w plwocinie.

Sprawa niepowstrzymanie się toczy od wielu miesięcy i rokowanie wydaje się zupełnie niepomyślne, należy oczekiwać zejścia i to w krótkim czasie.

31 Sierpnia 1926. Po 15 wstrzyknięciach Allochryzyny nie tylko dalszy rozwój sprawy został wstrzymany, lecz kaszel i plwoc na uległy zmniejszeniu, ciepłota wieczorowa wynosi około 38, waga zwiększyła się o 2 kil. 500 gr., wilgotne rzężenia znacznie się zmniejszyły, zjawił się apetyt.

W sierpniu 1927 r. stan chorej nie uległ pogorszeniu, zmiany płucne nie powiększyły się, szmer oddechowy w odcinkach chorych ma coraz więcej przydźwięk dmuchający.

Objawy Basedowizmu pozostały bez zmiany.

Nr.	Dawka w złocie metal.	Liczba wstrzyknięć	Waga	Kaszel Plwocina	Stan ogólny	Dane wysłuchowe	Powikłania
I	1,80	20	+ 2 k. 500	zmniejsz.	polepsz.	duże polepsz.	
II	3,40	28	+ 3 k. 900	b. zmniejsz.	duże polepsz.	polepsz.	
III	1,25	10	+ 4 k. 400	zmniejsz.	polepsz.	polepsz.	
IV	2,20	15	+ 6 k. 200	znikł	polepsz,	polepsz.	
V	4,10	30	+ 5 k. 700	zmniejsz.	duże polepsz.	duże polepsz.	
VI	1,60	12	+ 1 k. 300	znikł	polepsz.	polepsz.	
VII	1.00	8	+ 2 k. 200	znikł	polepsz.	polepsz.	
VIII	1,25	10	+ 2 k. 000	znikł	polepsz.	polepsz.	
IX	2,60	26	+ 6 k 000	b. zmniejsz.	polepsz.	polepsz.	
X	1,00	8	+ 0 k. 200	bez zmian	nieco lepszy	bez zmiany	
XI	1,25	10	0	bez zmian	bez zmiany	bez zmiany	
XII	2,00	28	+ 4 k. 600	znikł	duże polepsz.	polepsz.	
XIII	2,30	18	+ 7 k. 700	zmniejsz.	duże polepsz.	duże polepsz,	
XIV	0,40	3	bez zmiany	bez zmiany	bez zmiany	bez zmiany	
XV	1,00	8	— 2 k. 800	bez zmiany	polepsz.	niew. polepsz.	Zaburz. przew. pokarmowego
XVI	1,25	10	+ 9 k. 600	zmniejsz,	duże polepsz.	duże polepsz.	
XVII	1,25	10	+ 0 k. 200	bez zmiany	bez zmiany	bez zmian	
XVIII	1,00	8	— 1 k. 500	bez zmiany	nieco lepszy	pogorszenie	
XIX	2.00	16	— 1 k. 100	b. zmniejsz.	duże polepsz.	polepsz.	Zaburz. przew. pokarmowego
XX	1,25	10	+ 3 k. 400	znikł.	polepsz.	duże polepsz.	
XXI	0,80	7	+ 0 k, 100	bez zmiany	nieco lepszy	nieduże polepsz	
XXII	1.25	10	+ 2 k, 500	b. zmiejsz.	duże polepsz.	polepsz.	
XXIII	0,75	8	+ 3 k. 700	znikł	duże polepsz.	polepsz.	
XXIV	1.25	10	+ 1 k. 000	polepsz.	polepsz.	polepsz.	
XXV	0.80	7	+ 0 k. 700	znikł	duże polepsz.	duże polepsz.	
XXVI	0.50	4	+ 1 k. 000	znikł	duże polepsz.	duże polepsz.	
XXVII	0,80	7	+ 1 k. 100	znikł	polepsz.	polepsz.	
XXVIII	1,25	10	+ 6 k. 500	polepsz.	duże polepsz.	duże polepsz.	
XXIX	1,25	10	— 1 k 400	bez zmiany	polepsz.	nieduże polepsz.	
XXX	1,25	10	+ 3 k. 100	zmniejsz.	polepsz.	polepsz.	
XXXI	1,00	8	+ 3 k. 200	zmniejsz.	polepsz.	polepsz.	
XXXII	0,80	7	+ 1 k. 900	zmniejsz.	polepsz.	polepsz.	

WYNIKI		UWAGI
doraźne	trwałe	
nieoczekiwanie dobre	dość dobre	Obustronne jamy. stan ciężki, postać postępująca
dobre	dobre	P. włókn. rozpad. z jamą i zajęciem krtani
zadawalające	dobre	P. włókn, z jamą
dobre	przejść. pogorsz.	Obustr. p. włóknista
dobre	dobre	P. włókn. rozpadowa z rozległemi zmianami
dość dobre	dość dobre	P. włókn. z krwiopluciem
dobre	dobre	P. włókn. jednostronna
dobre	"	P. włókn, początk. jednostr.
dobre	"	P. włókn. rozpad. jednostronna, zwolna postępująca
żadne	żadne	P. włókn. rozpad. jamy obustronna
żadne	"	P. rozpad. obustronna, daleko posunięta
zadawalające	dobre	P. obustr. rozpad. włókn.
b. zadawalające	"	P. rozpad. włókn. jednostronna
żadne	żadne	Leczenie przerwano z powodu wyjazdu chorej. P. włókn. rozp. z jamami obustr.
żadne	"	56 lat. P. włókn. jednostronna
b. zadawalające	dość dobre	P. włókn. jednostronna
żadne	żadne	P. włókn. obustr. z tachykardją, zajęciem gruczołów
pogorszenie	złe	Szybko postęp. p. rozpadowa. Zimne ropnie szyi. Stan ciężki już na początku leczenia
dość dobre	znośne	Postać włókn. rozpad. jednostr.
dobre	dobre	" " " "
żadne	żadne	P. rozpadowa jednostr.
dobre	dobre	P. włókn. rozp. postęp z jamą
dobre	"	Głuchoniemota jako następstwo dawnego zapalenia opon. P. włókn. rozpad. wolno postęp.
niezłe	mierne	P. włókn. rozpad obustr.
dobre	dobre	P. włókn. jednostr.
dobre	"	P. włókn. jednostr. Leczenie przerwano z powodu wyjazdu chorej.
niezłe	niezłe	P. włókn. jednostr,
b. dobre	b. dobre	P. włókn. jednostr.
żadne	żadne	P. postępująca rozpadowa obustronna z dużemi zmianami i jamą.
dobre	dobre	P. obustr. rozp. postęp. z jamą w szczycie lewym
dobre	"	P. włókn. rozpad. postępująca od 6 miesięcy.
dobre	"	P. włókn. rozpad. obustr, z obostrzeniami powtarzającemi się i krwotokami

Spostrzeżenie V. D. Z. 50 lat, tokarz. Ojciec zmarł na gruźlicę. Zapalenie opłucnej po stronie prawej w wieku lat 16. Dwa lata temu chory zaczął kaszlać, stracił apetyt, ciepłota wieczorowa 38. Postępujące wychudnięcie, chory stracił powyżej 15 kilogr. Nie może pracować, kuracje wysokogórskie w Hauteville w ciągu kilku miesięcy bez wyniku, chory powrócił jeszcze więcej wychudzony, gorączkujący, kaszlący. Osłabienie duże, brak zupełny łaknienia.

Badanie 12 października 1926 r. wykazuje obustronne zmiany rozpadowo włókniste, więcej posunięte po stronie prawej, gdzie sięgają one poniżej kąta łopatki. Bardzo liczne prątki w plwocinie (więcej niż 100 w polu widzenia).

Od 12 października 1926 do 25 kwietnia 1927 r. wykonano 22 wstrzyknięcia Allochryzyny, czyli 4,1 grm. metalicznego złota. Sprawa nie postępuje, kaszel powoli ustaje, ciepłota spada, apetyt powraca wraz z siłami, poty znikają. Podczas tego leczenia przyrost wagi wyniósł 5 kilogr. 700 grm.

Chory powraca do pracy w sierpniu i w miesiąc potem badanie wykazuje, że pogorszenie nie wystąpiło. Szmer oddechowy w obydwóch szczytach dmuchający, z bardzo nielicznemi rzężeniami po kaszlu w szczycie prawym. Kaszlu i plwociny n ema prawie zupełnie.

Spostrzeżenie XIII. M. M. 19 lat, maszynistka. Ojciec cierpiał na przewlekły nieżyt oskrzeli. Chora od trzech lat. Od roku krwioplucie powtarzające się, zwłaszcza podczas miesiączki. Chudnie stale, pomimo kuracji wypoczynkowej i leczenia przeprowadzonego przez kilku lekarzy.

Badanie 28 stycznia 1927 r. wykazuje ognisko rozpadowe w szczycie lewym z rzężeniami i suchemi trzeszczeniami w okolicy nad i pod obojczykowej. Wydech wydłużony i chuchający w szczycie prawym. Brak łaknienia, kaszle, lecz nie odpluwa, stan podgorączkowy, prątków nie wykryto.

Od 28 stycznia do 7 czerwca 1927 r. 18 wstrzyknięć Allochryzyny, czyli 2,3 grm. metalicznego złota. Kaszel ustąpił, chora odżywia się prawidłowo, odzyskuje siły. Waga wzrosła o 7 kilogr. 700 grm. Nie miała ani razu krwioplucia. Ciepłota prawidłowa. W szczycie lewym wydech chuchający, rzężeń niema.

Spostrzeżenie XVI. M. M. 37 lat. Ojciec zmarł na nieżyt przewlekły oskrzeli w wieku 39 lat Chora przebyła grypę w grudniu 1926 r. Od tego czasu kaszle i schudła. Ciepłota wieczorowa przekracza 38. Brak apetytu.

Krwioplucie wystąpiło 5 kwietnia, od tego czasu plwocina ropna (5 — 6 prątków w polu widzenia).

Rzężenia i trzeszczenia w szczycie prawym, w okolicach nad i pod grzebieniowych; w dole nadobojczykowym. Dziesięć wstrzyknięć Allochryzyny od 12 kwietnia do 24 czerwca, czyli 1,25 złota metalicznego. Wszechstronna poprawa zaznacza się podczas leczenia, ciepłota spada do maximum 37,5 wieczorem. Apetyt zjawia się powoli, kaszel ustaje, rzężenia znikają. W początkach września stan chorej znakomity; waga wzrosła o 9 kilogr. 600 grm. Badanie nic nieprawidłowego nie wykrywa poza wydechem chuchającym w szczycie prawym. Rzężeń, trzeszczeń, nawet podczas kaszlu, nie stwierdzono. Plwociny nie ma zupełnie.

Równolegle do tych spostrzeżeń wybranych z pośród przypadków pomyślnych należy rozpatrzeć chociaż pobieżnie i te, u których wyniki leczenia nie występują tak wyraźnie.

Spostrzeżenie XV. D. A. 56 lat. Od dwuch lat nieżyt oskrzeli. Wychudnięcie. Kaszlu i plwociny niema, ciepłota wieczorowa osiąga 38, poty nocne. Apetytu brak, trawienie złe, zaburzenia żołądkowo jelitowe, enterocolitis.

Zmiany w płucu lewem z ogniskiem w szczycie i drugiem większem w okolicy międzypłatowej, rzężenia drobno i grubobańkowe.

Od 21 czerwca 1927 roku wykonano 8 wstrzyknięć Allochryzyny; chorej przybyło początkowo po pierwszych dwuch wstrzyknięciach na wadze 600 grm., lecz następnie w ciągu dwuch miesięcy zaznacza się spadek wagi wynoszący 2 kilogr. 800 grm.

Pomimo tego wychudnięcia, poprawa subjektywna jest dość wyraźna, osłabienie mniejsze, gorączka ustąpiła zupełnie, zmiany płucne polepszyły się w stopniu znacznym, lecz zaburzenia żołądkowo jelitowe i brak łaknienia trwają w dalszym ciągu.

Spostrzeżenie XVIII. S. A. 27 lat. Matka zmarła na gruźlicę w wieku lat 42. W 18 roku życia chora przebyła gruźlicę gruczołów szyjowych i podbródkowych.

Dwa następujące po sobie pologi, ostatni przed 5 miesiącami. Od półtora miesiąca duszący kaszel, obfita ropna plwocina. Ciepłota osiąga wieczorami 39 i 40°. Tachykardja, duszność, charłactwo. Zmiany obustronne, bardzo rozległe; duża jama w szczycie prawym. Olbrzymia, nie dająca się zliczyć ilość prątków w plwocinie.

Gruczoły szyjowe zropiałe. Zapalenie płuc serowaciejące o szybkim rozwoju. Wykonano 8 wstrzyknięć Allochryzyny po 0,125 grm. złota, pod których wpływem zaznaczyło się spore polepszenie subjektywne i jednocześnie zmiany wysłuchowe uległy również pewnej zmianie o tyle, że rzężenia zmniejszyły się i szmer oddechowy przybrał więcej charakter dmuchający. Apetyt lepszy i ciepłota tylko zrzadka dosięga 39°. Pomimo wstrzymania rozwoju sprawy płucnej, chora straciła na wadze dalsze 1 kil. 500 grm. podczas leczenia. Wynik leczenia w tym przypadku, aczkolwiek mało zachęcający, nie jest jednak zupełnie zły. Chora udaje się na wieś do swej rodziny. W tym czasie umiera w szpitalu jej drugie dziecko na zapalenie opon mózgowych.

Spostrzeżenie XIX. B. A. 25 lat. Stryj był dotknięty gruźlicą stawu skokowego. Siostra choruje na płuca i na powiększone gruczoły szyjowe. W listopadzie 1926 zapalenie opłucnej po stronie lewej z gorączką i kaszlem; plwocina ropna. Straciła na wadze około 4 kilogr.

Brak łaknienia, niedokrwistość, zaburzenia żołądkowo jelitowe, obfite upławy białe, nadżerka szyi macicy.

Badanie 27 kwietnia 1927 r. stwierdza obecność rzężeń w jamie podobojczykowej, a również nadgrzebieniowej po stronie lewej. Prątki w plwocinie (20 w polu widzenia). Chora otrzymała 16 wstrzyknięć Allochryzyny, czyli 2 grm. złota. Podczas leczenia kaszel i ilość plwociny uległy znacznemu zmniejszeniu, gorączka ustąpiła, objawy płucne wykazują również zmianę pomyślną, szmer oddechowy przybiera odcień dmuchający, a rzężenia są słyszalne tylko po kaszlu.

Aczkolwiek polepszenie subjektywne było dość znaczne i wpływ leczenia na zmiany płucne również był pomyślny, jednak stan przewodu pokarmowego pozostaje zły i waga obniża się o 1 kilogr. 100 grm.

Spostrzeżenie XXIV. H. M. pracownica w hodowli jedwabników. Jedna z sióstr zmarła na płuca, mąż umarł na gruźlicę. Kaszle od 1925 roku, był dwa razy krwotok płucny, raz w 1926, drugi 27 czerwca 1927 r. Obfita plwocina ropna, osłabienie, wychudnięcie, poty nocne. Nie gorączkuje. Niedokrwistość daleko posunięta, powłoki i śluzówki blade.

Badanie 1 lipca wykazuje ogromne ognisko po stronie lewej; rzężenia tak z przodu jak z tyłu, aż do podstawy płuc. Liczne prątki w plwocinie (około 50 w polu widzenia). Tegoż dnia rozpoczęto leczenie. Ogółem wykonano 10 wstrzyknięć po 0,125 gr. I w tym przypadku wpływ euforyczny znaczny, chora ma więcej sił, kaszel zmniejszył się, badanie fizykalne również wykazuje polepszenie, powłoki są lepiej zabarwione, lecz waga podczas leczenia zmniejsza się o 1 kilogr. 400 grm.

Te częściowe niepowodzenie może być poniekąd wytłumaczone okolicznością, że chora znajduje się w bardzo złych warunkach, co oczywiście nie pozostało bez wpływu. Chora utrzymuje matkę i córkę, skutkiem czego jest zmuszona pomimo rozległych zmian płucnych pracować nadal. Praca jej jest ciężką i trwa 9 godzin dziennie, chora więc jest stale wyczerpana.

* * *

Jakież wnioski można by wysnuć z tych spostrzeżeń? Mogłoby się wydawać przy powierzchownym sądzie opartym na sporej liczbie przypadków pomyślnych, że środek ten posiada wybitne własności lecznicze. Musimy być jednak ostrożni i pamiętać, że z pośród tylu leków używanych dotychczas w gruźlicy i uważanych za skuteczne, żaden środek nie mógł się ostać przy dłuższem badaniu i żaden nie sprostał próbie życia i czasu.

Częste samorzutne remisje, polepszenia czasowe lub nawet stałe i trwałe w przebiegu gruźlicy są rzeczą powszechnie znaną; mogą one z łatwością zaciemnić obraz i skłonić lekarza do przypisywania poprawy stosowanym lekom.

Doświadczenie więc lat ubiegłych wskazuje, że musimy być bardzo ostrożni w naszych wnioskach i nie powinniśmy twierdzić niczego, co by nie było zgodne z surową mową faktów.

Na pierwszy rzut oka wydawałoby się, że wyniki nasze są lepsze, niż otrzy-

mane przy stosowaniu tiosiarczanu złota i sodu, lecz obawiamy się, że być może jest to prosty zbieg okoliczności, i że przypadkowo natrafiliśmy na przypadki szczególnie wdzięczne.

Pozatem porównanie naszych badań z badaniami innych ftizjologów, którzy zajmowali się sprawą soli złota w gruźlicy, nie może mieć znaczenia dowodu absolutnego, gdyż badania te odbywały się w odmiennych warunkach, niż to czynili inni autorowie.

Niektóre z tych warunków były niekorzystne, gdy znowuż inne były sprzyjające.

Podczas gdy inne prace opierają się na danych u chorych uzdrowiskowych, korzystających jednocześnie z leczenia klimatycznego i wypoczynkowego, nasze badania dotyczą chorych, pozostających w zwykłych warunkach i często zmuszonych do dalszego wykonywania swej pracy zawodowej.

Z drugiej strony i to uważamy za czynnik sprzyjający naszym wynikom, leczenia naszego nie ograniczyliśmy jedynie do stosowania aurothiopropanolu siarczanu sodu. Jednocześnie podawaliśmy bowiem gorączkującym cryogeninę, a ponadto usiłowaliśmy zwalczyć postępujące wyniszczenie i niedokrwistość podawaniem hemoplazy; głęboko przekonani o celowości tych środków pomocniczych; sądziliśmy, że nie mamy prawa pozbawienia chorych korzystnego wpływu tych leków.

Pod pretekstem, że nie znamy swoistych środków przeciw gruźlicy i moda obecna i dogmat klasyczny wymagają, aby nieszczęśliwy suchotnik wogóle nie stosował żadnych lekarstw. Ileż razy widzieliśmy, jak wychodzili w zwątpieniu chorzy z niektórych oddziałów szpitalnych, gdzie przebywali oni długie miesiące bez żadnego leczenia.

Ileż razy mogliśmy się przekonać, że chorzy tacy, wycieńczeni długotrwałą gorączką, źle śpiący, pozbawieni apetytu zaczynają się odżywiać i odczuwają niewątpliwe polepszenie swego stanu pod wpływem cryogeniny należycie stosowanej, to jest na kilka godzin przed zwyżką ciepłoty.

Pod wpływem nieznacznych, lecz niewątpliwie dość drobnych czynników, pogorszenie w gruźlicy dość często uspakaja się samorzutnie. Przyczyna, która powoduje zwrot pomyślny, niezawodnie nie należy do rzędu wielkich. Dlaczego więc drobne środki nie mogłyby również wpływać dodatnio? Wychodząc z tego założenia uważamy, że nie należy lekceważyć możliwości leczniczych, jakby skromnie one się nie przedstawiały.

Niektórzy lekarze twierdzili, że cryogenina jest jedynie złudną maską zakrywającą istotną grozę sytuacji i że przeszkadza ona w śledzeniu przebiegu choroby. Zapewne nie jest to środek prątkobójczy, lecz poco potrzebna jest tym lekarzom wiadomość, czy ich chorzy gorączkują, czy nie, gdy ani w jednym ani w drugim przypadku nie podają oni im żadnych lekarstw!

Nie jest tu naszym celem wyliczanie korzyści, które można osiągnąć przez podawanie tego nieszkodliwego środka przeciwgorączkowego, wprowadzonego do lecznictwa przez jednego z nas; chcemy jedynie wskazać, że stosowaliśmy ten środek wielokrotnie podczas badań w tej naszej obecnej pracy.

Posługiwaliśmy się również systematycznie hemoplazą, środkiem, który, właściwie mówiąc, nie jest lekiem, lecz skoncentrowanym środkiem odżywczym, zawierającym wyciąg z elementów krwi.

U chorych na gruźlicę w większości przypadków zaznacza się spadek odżywienia; bladość powłok i śluzówek często świadczy o zmniejszonej ilości hemoglobiny i podawanie wyciągu z ciałek krwi nie jest bezcelowe, jak to już podnosiliśmy ze dwadzieścia lat temu.

Co się tyczy odżywiania, to po okresie, gdy panował pogląd o konieczności wzmożonego odżywiania, graniczącego niekiedy z tuczeniem, obecnie zapatrywania ftizjologów skłaniają się raczej ku zdaniu, że postępowanie takie jest błędne i płonne.

„Pod wpływem teorji, ujmującej gruźlicę jako chorobę odżywienia, pisze *Rist*, chciano zwalczyć suchoty przez wzmożone odżywianie. Chorzy nie wynieśli z tego postępowania żadnej realnej korzyści, lecz wielu z nich padło ofiarą przewlekłego zatrucia pokarmowego, spowodowanego nierozważnem i nadmiernem obarczeniem żołądka i wątroby".

Aczkolwiek nie jest to zupełną prawdą i aczkolkwiek gruźlica nie jest wcale chorobą odżywienia, jednakże nie ulega wątpliwości, że w większości przypadków jest to schorzenie wyniszczające. Bilans odżywczy jest ujemny; chory spala więcej

niż otrzymuje z pożywieniem i jest zmuszony w celu podtrzymania procesów życiowych do czerpania zasobów z własnych tkanek.

Jeżeli chcemy, aby miał on siły do przetrzymania pogorszeń, które zjawiają się w przebiegu sprawy, to musimy mu też tych sił dostarczyć. Z tego względu nie wydaje się nam słuszne bagatelizowanie sprawy odżywiania. Odwrotnie, jesteśmy przekonani o olbrzymiem znaczeniu, nie usilnego nadmiernego odżywiania graniczącego z tuczeniem, lecz odżywiania obfitego, w granicach nie obciążających przewodu pokarmowego i nie uszkadzających czynności wątroby.

Należy jednak dbać, aby chory mógł należycie strawić dostarczone obfite pokarmy i aby ten cel osiągnąć należy spełnić jeden warunek, czysto mechaniczny. Pokarmy powinny być należycie rozdrobnione, aby soki trawienne mogły rozwinąć swe działanie w pełni i powinny być należycie zmieszane ze śliną. To wymaga dobrego uzębienia i wystarczająco długiego żucia, tem dłuższego, im obfitszą jest masa pokarmowa. W ten sposób tylko można uniknąć przeciążenia żołądka.

Sprawa ta może wydawać się błahą, lecz w naszem przekonaniu jest ona o wiele ważniejszą, niż by można o tem sądzić a priori. Chorzy są naogół niedbali, gruźlica przeważnie prowadzi do spadku odżywienia, co upośledza również i narządy żucia. Niewystarczalnosć rozdrobnienia pokarmów i zmieszania ich ze śliną stanowi, rzec można, stałą cechę gruźlików.

Dentysta powinien być cennym współpracownikiem lekarza w zwalczaniu gruźlicy i jest rzeczą pożałowania godną naszym zdaniem, że podręczniki poświęcone sprawie leczenia suchot przywiązują tak mało znaczenia do tej sprawy, a nawet najczęściej pomijają ją milczeniem zupełnem.

Zapewne, są niektóre postacie gruźlicy, które niepowstrzymanie pogarszają się, bez względu na wszelkie usiłowania lecznicze, lecz obok nich dość często spostrzegamy gruźlików, gdzie nawet drobiazg wystarcza, aby powstrzymać rozwój choroby, sprowadzić polepszenie, a nawet wyleczenie; bo wiadomo wszak, że i bez widomej przyczyny napotyka się cofanie sprawy chorobowej.

Z tego też względu i na podstawie długiego i sumiennego doświadczenia klinicznego, uważamy, że postępowanie lekarzy, patrzących z założonemi rękoma na śmierć swych chorych, pod osłoną wymówki, że ponieważ niema środka swoistego i heroicznego przeciw gruźlicy, więc nic stosować nie warto, za rzecz niesłuszną i za klęskę dla chorych.

* * *

W tem przekonaniu też przeprowadziliśmy nasze dochodzenie nad aurotiopropanolem siarczanu sodu. Ponieważ nie mogliśmy się zdecydować na wyłączne leczenie tylko tym związkiem, nie możemy więc powiedzieć, co z pomyślnych przez nas osiągniętych wyników należy przypisać złotu, a co innym środkom, których stosowanie uważaliśmy za rzecz konieczną.

I znowu powtarzamy, być może zaszedł szczęśliwy zbieg okoliczności w naszem zestawieniu. Tylko zwiększenie znaczne liczby spostrzeżeń pozwoli na wytworzenie pojęcia, jak dalece można złotu przypisać wartość leczniczą w gruźlicy.

Stwierdzić należy, że jakim by nie okazał się wyrok ostateczny, to narazie z wszelką pewnością okazało się, iż Allochryzyna jest środkiem zupełnie nieszkodliwym; nigdy nie wywołała ona żadnych objawów przykrych, ani miejscowych, ani ogniskowych, ani ogólnych, wobec czego dalsze badania nad tym związkiem mogą być przeprowadzone bez żadnych obaw i niedogodności.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Wzajemne stosunki terapeutyczne między jelitami a płucami. L. Dreyfus. *Paris méd. Nr. 23, 1928.*

Autor przypomina, że dawne spostrzeżenia i prace wykazywały ścisłe wzajemne stosunki między przewodem pokarmowym a narządem oddechowym. Znane są przypadki odoskrzelowego zapalenia płuc lub zakrzepu tętnicy płucnej w przebiegu zakażeń i zatruć pokarmowych u dzieci, a nawał płuc (przekrwienie czynne) nie rzadko występuje w przebiegu duru brzusznego. *Calmette* i jego współpracownicy oddawna bronią tezy, że najczęstszemi wrotami zakażenia w gruźlicy płuc jest przewód pokarmowy: chirurgowie wiedzą, że zapalenie płuc występuje szczególnie często po operacjach w jamie brzusznej. Patogenetycznie przypadki te tłomaczą się tem, że drobnoustroje i jady dostają się drogą nietylko krwi (która przejść musi przez wątrobę) ale i drogą limfy przez przewód piersiowy do żyły podobojczykowej, a stamtąd prądem krwi przez prawe serce do płuc. Ta drogą, którą przebiegają jady i drobnoustroje jest droga fizjologiczną dla spożytych tłuszczów. *Roger* i *Binet* wykazali doświadczalnie (1921), że tłuszcze przechodzą przez ścianę przewodu pokarmowego do naczyń chłonnych i pierwszym miąższowym narządem, na jaki napotykają, są płuca. Tam drobne kulki tłuszczu zostają w znacznej części atrzymane w naczyniach włoskowatych i strawione, t. j. rozłożone (spalone). Tę czynność płuca autorowie nazywają *lipopexją* (zdolność zatrzymywania tłuszczów), a wyodrębniony zaczyn wytworzony w płucach spalający tłuszcze, nazywają zaczynem lipodieretycznym w odróżnieniu od fermentu lipolitycznego (rozszczepiającego tłuszcze na kwasy tłuszczowe i glicerynę).

Wobec tych spostrzeżeń z dziedziny patologji i fizjologji należy spodziewać się, że podawanie środków leczniczych, przeznaczonych dla płuc, drogą przez przewód pokarmowy może być skuteczne, skoro uda się ominąć wpływ ujemny soków trawiennych na leki, oraz zatrzymywanie tych ostatnich przez wątrobę. Istotnie przekonano się, że podawanie leków i jadów farmakologicznych przez odbytnicę wywiera znacznie wybitniejszy i większy wpływ na ustrój, aniżeli wówczas, gdy środki te wprowadzamy doustnie. Tak działają np. rozczyny makowca, belladonny, strychniny, jodków, bromków, połączeń arsenu, rtęci, salicylanów, antipyryny i t. d. Szczególnie korzystnem wydaje się, jak to jnż *Bouchard* wykazał, podawanie niektórych środków, jak np. naftolu, fenolu i innych w tłuszczach do odbytnicy. Odbytnica i jelito grube z łatwością wchłaniają tłuszcze, zwłaszcza o niższym stopniu topnienia (np. oliwa), a nadto tłuszcze pozbawiają wiele jadów ich właściwości drażniących (błonę śluzową) nie obniżając siły ich działania.

Tę zdolność, tłuszczów, polegającą na zmniejszaniu lub usuwaniu właściwości drażniących niektórych środków leczniczych próbowano zastosować celem podskórnego lub dożylnego wprowadzania leków, autor sądzi jednak, że ten ostatni sposób przedstawia niewątpliwie pewne niebezpieczeństwo, a *Leon* i *Henryk Binet* wykazali, że środki wprowadzone w oliwie pod skórę mogą nie ulec wchłonieniu; mimo, że oliwa zostaje wchłonięta, lub też przeciwnie, dany środek wchłania się szybko, podczas gdy oliwa dłuższy jeszcze czas pozostaje w miejscu wstrzyknięcia (do paru miesięcy). Droga wprowadzania leków w tłuszczach przez odbytnicę wydaje się zatem bardziej wskazaną.

Już ongiś *Tallichet*, a potem *Schoull* wreszcie *L. Weiller* polecali lawatywy z kreozotem w leczeniu gruźlicy płuc, przyczem autorowie ci stosują kreozot w tłuszczu z mleka (około 4%).

Podkreślić należy, że rodzaj tłuszczu, wziętego jako nośnika dla danego środka leczniczego, nie jest też obojętny. I tak, oprócz wspominanej cechy tłuszczu, nadającego się do omawianego celu t. j. niskiego punktu topnienia (niższego, niż ciepłota ciała). *Binet* wykazał, że tłuszcze pochodzenia zwierzęcego łatwiej się wchłaniają, niż tłuszcze roślinne, przynajmniej o ile chodzi o drogę podskórną. Autor próbuje obecnie używać tłuszczu końskiego, na który zwrócił uwagę *Huerre*; wyniki swych badań autor niebawem ogłosi.

Leczenie schorzeń przewodu pokarmowego zapomocą leków adsorbowanych. R. Goiffon. *Paris méd. Nr. 21. 1928.*

Autor przypomina korzystne wyniki osiągnięte zapomocą atropiny adsorbowanej na węglu w leczeniu spastycznego zaparcia stolca. Ostatnio prof. *Blum* (ze Strasburga) podaje zachęcające wyniki w leczeniu zapomocą adsorbowanego na węglu jodu, kwasu solnego, siarki, siarkowodoru, a zatem ciał lotnych. Zasada adsorpcji jest znana: węgiel, jako ciało łatwo adsorbujące chwyta niejako i przytrzymuje niektóre ciała lotne lub rozpuszczalne, z którymi jest w zetknięciu, później jednak pod wpływem ciał obniżających napięcie powierzchniowe, ciała adsorbowane oddzielają się od węgla i mogą wywrzeć swe działanie. Dlatego to atropina adsorbowana na węglu przechodzi przez górny odcinek i środkowy przewodu pokarmowego nie wywierając nań żadnego wpływu i dopiero w jelicie grubem powolnem oddzielaniem się od węgla działa miejscowo nie oddziaływując na cały ustrój. Ilość ciała ulegającego adsorpcji (w danym wypadku atropiny) zależy od zdolności adsorpcyjnej ciała adsorbującego (węgla) i od jego ilości. W pracy niniejszej autor podaje wyniki swych badań nad emetyną; arsenobenzolem, ezeryną i pilokarpiną adsorbowanymi na węglu.

Emetyna, jak wiadomo, jest środkiem swoistym wobec schorzeń wywoływanych przez pełzaki (ameby). Leczenie emetyną gra we Francji dlatego znaczną rolę, gdyż schorzenia wywołane przez pełzaki są tam

bardzo częste, nic zatem dziwnego, że uboczne a niekorzystne działanie emetyny, jak np. nudności, zapady i t. p. jest poważną przeszkodą w zwalczaniu wspomnianych schorzeń. Ponieważ w czerwonce pochodzenia amebowego (*Dysenteria amoebiana*), te ostatnie żyją w jelicie grubem, a zwłaszcza w kiszce ślepej, przeto jest rzeczą bardzo ważną, by emetynę wprowadzić do tego odcinka jelita unikając działania tego środka na cały ustrój przez zbyt wczesne wchłanianie leku. Podawanie emetyny adsorbowanej na węglu, stosowane w kilku przypadkach bardzo uporczywej amebiazy, dało wyniki bardzo zachęcające.

Arsenobenzol stosuje się chętnie w schorzeniach przewodu pokarmowego wywołanych przez pierwotniaki, lub też i w innych schorzeniach jelitowych na tle zakaźnem. Niestety i przy użyciu arsenobenzolu występowały objawy uboczne, zwykle nieogłaszane, choć znane, a objawy te autor uważa za ciężkie, a nawet groźne. Autor podaje przypadek kobiety, która cierpiała od 7—8 lat na *colitis mucosa* z postępującem wychudnięciem, u której niepodobna było stosować arsenobenzolu, gdyż ustrój chorej nie znosił go. Chora ta znosiła natomiast doskonale ten sam środek adsorbowany na węglu, przyczem stan chorej znacznie się poprawił.

Ezeryna i pilokarpina, drażniąc układ nerwu błędnego wywołują wzmożone ruchy robaczkowe jelit, wobec czego środki te nadają się do zwalczania zaparcia stolca na tle atonji. Jak wiadomo jady te wywołują nadto cały szereg objawów (uczucie gorąca, silne poty, ślinienie się, zawroty głowy i t. d.), które nie pozwalają na szersze zastosowanie tych leków. Autor przytacza przypadek, w którym stosowanie ezeryny (1 mlgr.) adsorbowanej na węglu dało bardzo korzystny wynik.

Dalsze badania nad akonityną, kamforą, jodem kokainą, makowcem, bromkiem kodeiny, cykutyną i urotropiną przy zastosowaniu adsorpcji tych ciał na węglu—są w toku.

Leczenie choroby Hodgkina zapomocą naświetlania promieniami Rentgena. E. Beaujard. *Le journal. méd. français, nr. 1, 1928.*

Ocena wartości leczenia choroby Hodgkina za pomocą promieni Rentgena może być wypowiedziana tylko na podstawie spostrzeżeń przypadków, w których dokonano za życia badania histologicznego wyciętego gruczołu i stwierdzono w nim utkanie właściwe ziarnicy złośliwej i komórki opisane przez *Sternberga*. Statystyki takie podaje *Schreiner i Mattier* (1924) *i Gilbert* (1925). Pierwszy z nich na 27 przypadków naświetlanych otrzymał 7 razy poprawę wyrażającą się przedłużeniem życia od 13 miesięcy do $4^1/_2$ lat. *Gilbert* zaś otrzymał w pierwszej serji 4 przypadków tylko jedno polepszenie ($2^1/_2$ lat), w drugiej na 11 przypadków we wszystkich przypadkach poprawy, a w jednym pozorne wyleczenie do $2^1/_2$ lat.

Ogółem w znacznej części przypadków można wpłynąć korzystnie na przebieg lymfogranulomatozy, jakkolwiek nikt nie uzyskał dotychczas trwałego wyleczenia. Autor dzieli przypadki ziarnicy złośliwej na dwie grupy. Grupa pierwsza obejmuje przypadki, w których zajęte są gruczoły jednej tylko okolicy lub dwu okolic symetrycznych, niema jednak uogólnienia się sprawy i zajęcia śledziony, niema gorączki, lub tylko stany podgorączkowe, a obraz hematologiczny wykazuje jedynie lekką eozynofilję. Te przypadki nadają się szczególnie do leczenia zapomocą promieni Rentgena, pod których wpływem pakiety gruczołów zwolna się zmniejszają. Do grupy drugiej zaliczyć należy przypadki z wysoką gorączką, znaczną leukocytozą (15,000 do 30,000 ciałek białych w 1 mm³), w których istnieje zajęcie gruczołów w różnych okolicach i powiększenie śledziony. Naświetlanie takich przypadków daje wprawdzie zmniejszenie się pakietów gruczołowych naświetlanej okolicy, natomiast pobudza jednocześnie wzrosty gruczołów innych okolic. Oczywiście istnieją przypadki przejściowe między powyżej podanemi grupami, należy jednak stwierdzić, że leczenie Rentgenem daje tem gorsze wyniki, im wyższa gorączka, im proces chorobowy postępuje szybciej i szersze zatacza kręgi.

Korzystny wpływ naświetlania wyraża się nie tylko zmniejszaniem się pakietów gruczołowych, ale też i zmianami anatomicznemi w tych gruczołach, a mianowicie tkanka gruczołowa zanika, następuje przerost tkanki łącznej. Przy odpowiednio intensywnem i długotrwałem leczeniu powtórne badanie wyciętego gruczołu wykazuje istnienie prawie samej tylko tkanki łącznej. Dlatego to zmniejszenie pakietów gruczołowych postępuje tylko do pewnego stopnia, nie mniej jednak autor radzi naświetlać czas jakiś gruczoły, które się przestały zmniejszać, by bujanie tkanki łącznej uczynić możliwie daleko idące. W przypadkach leczonych ze skutkiem ustępują całkowicie lub w znacznym stopniu pewne objawy chorobowe, a mianowicie: ustąpienie gorączki, ustąpienie swędzenia skóry, tak charakterystycznego dla ziarnicy złośliwej, spadek leukocytozy (przy zachowaniu jednak charakterystycznego obrazu przewagi leukocytów wielojądrzastych), wzrost ciałek czerwonych, ustąpienie objawów uciskowych (np. wywołanych przez powiększone gruczoły śródpiersia lub pachy).

Autor opisuje technikę naświetlań, która jest trudna. Zbyt małe dawki są bez wpływu na gruczoły, zbyt duże dawki wywołują gorączkę (niekiedy tylko reakcyjną, którą należy przeczekać, by następnie dalej naświetlać) lub jeszcze szybszy rozwój choroby. Jako kontrolę sposobu leczenia autor wymienia, mierzenie gorączki i liczenie ciałek czerwonych co pewien czas, by uniknąć niedokrewności porentgenologicznej. Dla uniknięcia objawów zatrucia podczas leczenia zapomocą promieni Rentgena zaleca się djetę bezchlorową (bezsolną) i mało azotową (bezmięsną).

O leczeniu ropnych powikłań sztucznej odmy opłucnowej u gruźliczych. R. Burnand. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 18, r. 1928.*

Autor zabiera głos w sprawie obecnie szeroko dyskutowanej we Francji, a dotyczącej leczenia ropnych zapaleń opłucnej, Wypowiada się on przytem jako zwolennik leczniczej metody, podanej przez *Bernou* zwanej *oleothorax*, polegającej na wprowadzeniu do jamy opłucnej oliwy z gomenolem (środek dezynfekcyjny). *Burnand* zgadza się z *Renaud'em* i innymi autorami, że przy ropnych zapaleniach opłucnej niepowikłanych zmianami w płucach należy raczej opróżniać jame opłucnową z ropy drogą chirurgiczną. W tych przypadkach atoli, w których mamy do czynienia z równoczesnemi zmianami natury gruźliczej w płucach, w przypadkach ropnych powikłań przy odmie sztucznej — autor hołduje metodzie *Bernou* i zakłada *oleothorax*. Sądzi on bowiem, że w tych przypadkach obok leczenia jamy opłucnej należy też leczyć i stan płuc, t. j. utrzymywać nadal ucisk płuca, uzyskany zapomocą odmy sztucznej. Powyższe zalecenie odnosi się przedewszystkiem do przypadków względnie świeżych, w których zabliż-

nienie tkanki płucnej jeszcze nie mogło się wytworzyć. W pierwszym okresie wystąpienia powikłania przy odmie sztucznej, pod postacią ropnego wysięku, kiedy ciepłota ciała znacznie się podwyższa, autor zachowuje się wyczekująco, nieraz bowiem ciepłota opada do normy i dalsze leczenie zachowawcze oraz wstrzymanie się od zabiegów chirurgicznych (oprócz wyjątkowych okoliczności) najbardziej jest na miejscu. Autor przyznaje, że tego rodzaju przebieg jest niestety bardzo rzadki; najczęściej podwyższona ciepłota ciała występuje na nowo i wymaga interwencji. Autor, będąc przeciwnikiem szerokiego otwarcia chirurgicznego opłucnej, podaje dwa sposoby postępowania. Pierwszy z nich polega na wielokrotnem wypuszczaniu ropy i następowem wypełnianiu jamy opłucnej gazem, drugi zaś na wprowadzaniu do opłucnej środków odkażających, a przedewszystkiem na założeniu *oleothorax*. W przypadkach ze stanami gorączkowymi lub podgorączkowymi autor nie uzyskał dobrych wyników stosując pierwszy sposób i sądzi, że stosować go należy tylko w stanach bezgorączkowych. Metoda *Bernou*, natomiast daje w przypadkach gorączkowych wyniki bardzo dobre, o ile tylko zastosowana jest w sposób właściwy i z całą cierpliwością, często powtarzana przez 6 lub 10 miesięcy.

Leon Kindberg zarzuca metodzie *Bernou* to, że sprzyja ona powstawaniu stałych przetok opłucnooskrzelowych, ponieważ u chorych leczonych tą metodą występuje często pozbywanie się zawartości jamy płucnej drogą oskrzeli i ust. Autor występując w obronie metody *Bernou* zaznacza, że spostrzeżenie *Leon - Kindberg'a* aczkolwiek słusznie, należy jednak tłumaczyć w inny sposób. W przypadkach tych bowiem chodzi o przetokę, która istniała jeszcze przed założeniem oleothorax, lecz którą cechowała właściwość czasowego zamykania sie. *Burnand*, mniema, że w tych przypadkach metoda *Bernou* stosowana z odpowiednią ostrożnością, nie tylko nie sprzyja wytworzeniu się przetoki, lecz przeciwnie, raczej powoduje zamknięcie się jej o ile była ona czasowa.

W przypadkach ze stałą przetoką metoda *Bernou* zawodzi i w dalszem postępowaniu leczniczem kierować się musimy stanem chorego. O ile stan ten jest dobry autor poleca torakoplastykę z następowem wprowadzeniem oliwy z gomenolem do jamy opłucnej. Jeżeli jednak ogólny stan chorego nie pozwala na stosowanie tak daleko idącego zabiegu, należy się ograniczyć do sposobu *Bulau'a* lub do pleurotomji. Teoretycznie można w tym ostatnim przypadku żywić nadzieje, że w czasie tego leczenia chory zyska tyle na siłach, by można było go poddać torakoplastyce.

Arteriitis pulmonaris subacuta u luetyka ze zmianami w lewem ujściu żylnem serca. F. Trémolières, A. Tardieu i R. Nativelle. *Soc. méd. des Hopit, nr. 18, 1928.*

Autorowie przytaczają podział podany przez *Laubry'ego i M. Thomas'a* dotyczący postaci *arteriitis pulmonaris:*

a) *arteriitis infectiosa* jest schorzeniem najczęściej wtórnem, powstałem na tle rozmaitych drobnoustrojów, w przebiegu schorzeń serca.

b) *arteriitis acuta*, której podkładem anatomicznym jest *arteriitis obliterans*, a która klinicznie przebiega pod postacią ogólnego zakażenia z umiejscowieniem w płucach i tam powstającymi zawałami.

c) *arteriitis subacuta*, zawdzieczająca swe powstanie zakażeniu kiłowemu, objawiająca się klinicznie bądź to jako schorzenie pierwotne, bądź też towarzysząca innym zmianom swoistym, przedstawiająca cechy anatomiczne *panarteriitis*, która doprowadza do niedomogi prawej komory serca, lub też całego mięśnia sercowego.

d) *arteriitis chronica*; której tłem jest miażdżyca, a której stopnie sięgają od zwykłego rozszerzenia układu tętnicy płucnej aż do obrazu tętniaka tej tętnicy.

Autorowie przytaczają historje choroby przypadku należącego do grupy trzeciej: *arteriitis subacuta*.

Chory lat 42 skarży się na silną duszność i znaczne obrzęki kończyn dolnych. Do r. 1909 przechodził ciężką płonicę, następnie jakieś schorzenie przewodu pokarmowego, później miał miejsce jakiś epizod gorączkowy o cechach letargicznych, wyleczony bez pozostałości. W Chinach zachorował na zimnicę, leczoną 14 razy w szpitalu. W 1907 roku appendectomia, w 1909 roku ostatni napad zimnicy. Nie przechodził nigdy gośćca stawowego. Obecna choroba rozpoczęła się w 1924 r., stwierdzono wówczas białkomocz, szmer skurczowy nad końcem serca, powiększenie serca i drobnobańkowe rzężenia nad płucami z tyłu w dole. Chory nie leczył się, dopiero w październiku 1925 r. zgłosił się z powodu obrzęku kończyn dolnych oraz znacznej duszności. Stwierdzono wówczas niedomykalność zastawki dwudzielnej, znaczną niemiarowość akcji serca, sinicę, a po 5-cio tygodniowem leczeniu zapomocą środków nasercowych rozpoznano nadto zwężenie ujścia lewego żylnego. Od tego czasu miewał kilkakrotnie krwioplucia, raz połączone z wysiękowem zapaleniem opłucnej lewej. Mimo leczenia środkami nasercowymi i innymi, obrzęki duszność i sinica nie ustępowały. W chwili badania chorego stwierdzono bardzo znaczną sinicę, znaczną duszność, zwłaszcza po wysiłku, obrzęk kończyn dolnych i dolnej części brzucha, rozszerzenie serca, niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie ujścia żylnego lewego, tętno miarowe 51 na minutę, ciśnienie tętnicze krwi mx 15 mn 8, drobnobańkowe rzężenia u podstawy płuc, wątroba bolesna i powiększona, w moczu białko. Układ nerwowy bez zmian, lekka leukoplasia, odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Badanie roentgenologiczne stwierdziło bardzo duże serce, średni łuk prawy znacznie rozszerzony, podobnie jak i średni łuk lewy. Powiększenie cieni wnękowych. Po paru dniach chory zaczął gorączkować, skarżył się na bóle po prawej stronie u podstawy klatki piersiowej; stwierdzono wówczas powiększenie sie sinicy i obrzęków, stłumienie w dolnej części kl. pierś. po str. prawej, zniesienie drżenia i drobne trzeszczenia. Powiększenie śledziony i wątroby, krwioplucie. Roentgenologicznie: w płucach obraz zawału i wysięku opłucnowego, powiększenie serca oraz zmiany w tętnicy płucnej (dokładnie przez autorów opisane). Po paru dniach, mimo podawania środków nasercowych chory zmarł.

Autorowie podają dokładny opis wyników badania makro i mikroskopowego uzyskanych na stole sekcyjnym. Ze zmian tych podkreślić należy szczególnie panarteriitis pulmonaris i trombozę, oraz ogniska kilakowe, bardzo drobne, około tętnic płucnych i oskrzeli.

W powyższym przypadku autorowie podkreślają: 1) Zespół kliniczny, opisany przez *Laubry'ego i Thomas'a*, a polegający na duszności, sinicy, powtarzających się krwiopluciach i objawach niedomogi komory prawej serca; na obrazie radiologicznym, na przebiegu prowadzącym do śmierci. Chorych tych wspomniani autorowie nazywają: „czarni sercowi",

2) W powstaniu tego zespołu gra rolę zwężenie ujścia żylnego lewego i kiła, która poza zmianami w płucach przejawiała się klinicznie pod postacią leukoplazji. 3) W przypadku powyższym chodziło nie tylko o panarteriitis na tle kiłowem, ale także o arteriosklerozę, a w patogenezie tego schorzenia oprócz zakażenia kiłowego, znaczną też rolę odegrały czynniki mechaniczne i troficzne. 4) W płucach, obok zmian z powodu zawału, mamy też do czynienia z dodatkowem zakażeniem na tle pneumokokków, co wspomniani autorowie już poprzednio podkreślali.

Arteriitis pulmonaris syphilitica u „czarnego sercowego". G. Caussade i A. Tardieu. *Soc. Méd. des Hôpit. nr. 18. 1928 r.*

Autorowie przytaczają historję choroby i wyniki bardzo szczegółowego badania anatomo-patologicznego w przypadku, który według podziału *Laubry'ego i Thomas'a* (patrz streszczenie z pracy poprzedniej *Trémolières'a, Tardieu'go i Nativelle'a*), należy do grupy *arteriitis subacuta*. W przypadku powyższym stwierdzono nadto anatomo-patologicznie zmiany płuco opłucnowe, wysypkowe na tle kiłowym, jakie poprzednio opisał *Letulle i Dalsace*. Obraz kliniczny nie przypominał jednak w niczem *bronchitis chronica syphilitica* opisanej przez *Sergent'a i Benda*, co każe przypuszczać, że istnieją dwa typy anatomopatologiczne kiły opłucno-płucnej, względnie oskrzelowo-płucnej. Pierwszy typ wywołany jest zmianami w naczyniach tętniczych, drugi zaś cechuje się zmianami umiejścowionymi w oskrzelach względnie w miąższu płucnym.

Chory l. 40, przebywał kilkakrotnie pod obserwacją autorów od r. 1922, aż do swej śmierci, t. j. do r. 1926. Od początku przedstawiał obraz chorobowy opisany przez *Averza i Arrillaga* pod mianem: „czarni sercowi". U chorego stwierdzono bardzą znaczną sinicę i stałą duszność, wzmagającą się nieraz pod postacią napadów. W sercu wykazać można było zwężenie ujścia żylnego i niedomykalność zastawki dwudzielnej. W ostatnich miesiącach życia wystąpiły obrzęki kończyn dolnych, dodatkowe skurcze serca, znaczna tachykardia. W płucach nie stwierdzono żadnych zmian, chory nie odpluwał żadnej plwociny, w szczególności zaś nie było krwioplucia. Leczenie za pomocą środków nasercowych, ponawiane wielokrotnie podczas przebiegu choroby, pozostawało zawsze bez najmniejszego skutku. Śmierć nastąpiła z powodu niedomogi mięśnia sercowego.

Anatomo-patologicznie stwierdzono charakterystyczne dla kiły zmiany w tętnicach płuc oraz w niektórych miejscach zmiany kiłowe w miąższu płucnym, w części podopłucnowej w postaci wysepek.

O arteriitis pulmonaris. Ch. Laubry i M. Thomas. *Soc. Méd. des Hôpit. nr. 18, 1928 r.*

Autorowie podkreślają, że obraz chorobowy i zmiany anatomo-patologiczne w *arteriitis pulmonaris*, które były przedmiotom prac zarówno autorów, jak i innych badaczów, posiadają duże znaczenie dla kliniki (patrz streszczenia powyżej). Przypadki dotychczas opisywane należą przeważnie do daleko posuniętych, w których nawet odpowiednie leczenie nie może już dać pożądanych wyników wobec nieodwracalnych tu zmian anatomo-patologicznych. Podkreślić jednak należy, że wczesne rozpoznanie *arteriitis pulmonaris* powstałej na tle kiły może dać przy odpowiedniem leczeniu wyleczenie lub zatrzymanie procesu chorobowego. Dla ilustracji autorowie opisują korzystny wynik leczenia przeciwkiłowego w jednym przypadku arteriitis pulmonaris i podkreślają znaczenie następujących wczesnych objawów: częste i powtarzające się krwioplucia, dla których wytłumaczenia nie podobna wykazać przyczyny w odpowiednich chorobowych zmianach płucnych (w szczególności brak zmian gruźliczych), następnie charakterystyczny zespół roentgenologiczny, wreszcie stwierdzenie zakażenia kiłowego bądźto zapomocą reakcji krwi (Wasserman), bądź też przez stwierdzenie innych zmian kiłowych, jak np. *aortitis luetica, leukoplakia* i t. p. Autorowie zdają sobie sprawę z niedostateczności opisanych przez nich objawów klinicznych *arteriitis pulmonaris*, mniej jednak uważają za swój obowiązek, wobec częstości zmian kiłowych w płucach i korzystnych w tych przypadkach czynników swoistego leczenia — zwrócić na nie uwagę.

Przypadek niedokrwistości złośliwej leczonej wyłącznie zapomocą podawania wątroby. Ch. Aubertin i M. Poumailloux. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 19. 1928.*

Autorowie opisują przypadek niedokrwistości złośliwej, w którym obraz hematologiczny przed rozpoczęciem leczenia przedstawiał się następująco: ciałek czerw. 1.310000, hemoglobiny 45%, pojkilocytoza, anizocytoza, anizochromja, polychromatofilja, megaloblasty i czerwone ciałka jądrzaste obecne. Ciałek białych ilość prawidłowa, odsetkowo: wielojądrzastych obojętnochłonnych 53.25%, eozynochłonnych 3%, tucznych 0.25%, jednojądrzastych 32.25%, limfocytów 10.25%, myelocytów i metamyelocytów 0.75%. Czas krwawienia 4.5 minuty. Wobec ujemnych wyników badania fizykalnego i wywiadów jak i obrazu hematologicznego autorzy rozpoznali ciężką niedokrewność niewiadomego pochodzenia, z objawami stałego postępowania choroby, lecz przy zachowanej zdolności krwiotwórczej. Chorej przepisano leczenie, polegające na podawaniu wątroby, stosując pozatem zwykłe w paryskich szpitalach odżywianie i wstrzymując się od podawania jakichkolwiek innych leków. Stan chorej stale się poprawiał, objawy chorobowe właściwe niedokrwistości złośliwej zniknęły, a po upływie niespełna 2 miesięcy obraz hematologiczny przedstawiał się następująco: ciałek czerw. 4.780000, hemoglobiny 90%, lekka polichromatofilja, ciałka białe odsetkowo: wielojądrzastych neutrofilnych 51.5, eozynochłonnych 1.0, jednojądrzastych 42, limfocytów 4.5, komórek Türk'a 1%.

Autorowie podkreślając korzystny wynik leczenia, uzyskany za pomocą podawania wyłącznie tylko wątroby, czynią uwagę z powodu zarzutów, jakie wypowiedział prof. *Hayem*, twierdząc, że dotychczas opisane przypadki skutecznie leczonej niedokrwistości złośliwej przy pomocy metody *Whipple'a* nie odpowiadają obrazowi prawdziwej niedokrwistości złośliwej. Autorowie sądzą, że prof. *Hayem* zachowuje miano niedokrwistości złośliwej dla tych tylko przypadków, które określamy jako niedokrewność aplastyczna. W tych przypadkach istotnie leczenie zapomocą podawania wątroby nie dało autorom pożądanych wyników.

Polyglobulia wywołana schorzeniem płuc i serca, a wyleczona zapomoca naświetlań promieniami Roentgena. Ph. Pagniez, L. Rouques i I. Solomon. *Soc. Méd. des Hopit. Nr. 19, r. 1928.*

Chory, l. 62, skarży się na duszność i znaczną sinicę od lat 8-miu, przyczem objawy te stale się pogarszają. Badanie kliniczne pozwoliło na stwierdzenie nieżytu oskrzeli, stwardnienia płuc, niedomogi mięśnia sercowego bez objawów rozstrzeni serca i bez zmian zastawkowych. U chorego stwierdzono we krwi 7.200000 ciałek czerw. Leczenie przy pomocy środków nasercowych i odpoczynku poprawiało nieco stan ogólny, nie zmieniało jednak w niczem ani sinicy, ani nadmiernej ilości ciałek czerw. we krwi. Znanem jest, że upust krwi w podobnych przypadkach daje tylko nieznaczne i przejściowe polepszenie. Autorowie spróbowali, na wzór stosowanego przy polyglobulia vera leczenia, — naświetlania prom. Roentgena śledziony i kości długich chorego. Szczególniej naświetlanie kości długich wywarło korzystny wpływ na stan chorobowy, a mianowicie: dwunastokrotne naświetlanie śledziony obniżyło liczbę ciałek czerw. tylko do 6.200.000, natomiast dziesięciokrotne naświetlanie szpiku kostnego sprowadziło ilość ciałek czerw. do poziomu prawidłowego, który to stan utrzymuje się już od trzech miesięcy, wahając się między 4.500.000 a 4.700.000.

W dyskusji *Laubry* zwraca uwagę na nieznany dotychczas fakt, że naświetlanie chorego o typie „czarny sercowy" (za takiego należy bowiem uważać powyższy przypadek), wywarło tak wybitnie korzystny wpływ nie tylko na ustąpienie polyglobulji, ale też na ustąpienie duszności i sinicy. Wytłumaczenie tego faktu dziś jeszcze jest niemożliwe.

Wskazania i wyniki leczenia za pomocą lacto-serum. Renaud. *Soc. Méd. des Hôpit. nr. 19, 1928 r.*

Autor sądzi, że dotychczas używany sposób leczenia zapomocą djety mlecznej nie wyczerpuje wszystkich możliwości leczniczych, jakie daje mleko. Oddzieliwszy bowiem tłuszcze, białka i lacto-serum otrzymujemy trzy rodzaje ciał, z których pierwsze przedstawia wartość odżywczą, ostatni zaś wykazuje właściwości prawdziwie lecznicze. Podając oddzielnie i w kombinacjach poszczególne rodzaje ciał zawartych w mleku, możemy znakomicie urozmaicić djetę mleczną z wielką dla chorego korzyścią. Stosować tu możemy kwaśne mleko, sery, masło i t. p. oraz lacto-serum.

W schorzeniach zakaźnych autor podaje choremu, w przeciągu paru dni, rano 2 szklanki lacto-serum (w 4 dawkach) oraz nieco sody, później zaś mleko zbierane i płyny cukrzone. W następnych dniach autor dodaje jeszcze mleka świeżego, kwaśnego, i owoców. Djetetyka powyższa jest według autora w wielu przypadkach tak korzystna, że pozwala na wstrzymanie się od podawania innych leków. W szczególności zaś język chorych oczyszcza się, diureza wzmaga, wypróżnienia zas stają się regularne. W schorzeniach przewodu pokarmowego jak, np. przy dyspepsji oraz przy nieżytach jelit a nawet przy gruźlicy jelit leczenie djetetyczne, stosowane przez autora dało korzystne wyniki. W schorzeniach wątroby lacto-serum pobudza wydzielanie i odpływ żółci. U chorych sercowych z objawami niedomogi mięśnia sercowego i z obrzękami lacto-serum pobudza diurezę. Podobnie korzystnie działa lacto-serum u chorych ze wzmożonem parciem krwi i niedomogą wydzielniczą nerek.

W dyskusji *Laubry* podnosi, że już przed 20-tu laty stosowano lacto-serum a *Huchard* polecał je u chorych ze wzmożonem parciem krwi. Badania *Vaquez'a i Laubry'ego* nie dały w tych przypadkach korzystnych wyników, gdyż parcie krwi nie obniżało się. *Laubry* sądzi, że podawanie lacto-serum może dać korzystne wyniki u chorych z miażdżycą tętnic i niedomogą serca oraz nerek, nie należy jednak uogólniać podawania lacto-serum, jak to ongiś czyniono.

Leczenie angina pectoris zapomocą głębokich naświetlań promieniami Roentgena. F. C. Arrillaga. *Soc. Méd. des Hopit. nr. 19. r. 1927.*

Od półtora roku autor stosuje głębokie naświetlania prom. Roentgena w ciężkich przypadkach angina pectoris, w których napady występują po wysiłku fizycznym. Przypadek pierwszy dotyczył żony lekarza, u której dotychczasowe leczenie nie dało żadnego wyniku. U chorej nie stwierdzono ani wzmożonego parcia, ani zmian na zastawkach; pierwsze dwa naświetlania zastosowano na okolice serca, w miesiąc później dwa naświetlania na prawą stronę klatki piersiowej, a po 2 tygodniach znowu na lewą stronę klatki piersiowej. Od półtora roku chora czuje się zupełnie dobrze. Od tego czasu autor leczył 7 nowych przypadków, uzyskując u nich wszystkich ustąpienie objawów chorobowych. U dwuch chorych miało miejsce wzmożone parcie krwi. Następnie autor podaje bliższe szczegóły dotyczące sposobu naświetlania, nie wypowiadając się jednak, wobec krótkości dotychczasowych spostrzeżeń, o ostatecznym wyniku leczenia. Co się tyczy sposobu działania promieni Roentgena na ustąpienie objawów chorobowych autor sądzi, że chodzi tu o wpływ tych promieni na obniżenie pobudliwości gałązek nerwu współczulnego, lub też promienie te działają analogicznie do przecięcia nerwu. Autor nie spostrzegał jakichkolwiek ujemnych skutków na ustrój, wywołanych przez głębokie nalwietlanie, w szczególności zaś na mięsień sercowy oraz na krew. Badania innych autorów odnoszące się do powyższego wpływu są według a. rozbieżne i przemawiają raczej za nieszkodliwością promieni Roentgena, stosowanych w sposób i w dawkach opisanych przez autora. A. podkreśla, że powyższy sposób leczenia nie może w żadnym razie zastąpić dotychczasowego postępowania leczniczego, osobliwie zaś leczenia przeciwkiłowego w przypadkach angina pectoris u chorych kiłowych, podawania azotynów u chorych ze wzmożonem parciem i i t. d. Niewątpliwie jednak leczenie napadów angina pectoris za pomocą głębokich naświetlań promieni Roentgena zastąpić powinno stosowane niekiedy w tych przypadkach postępowanie chirurgiczne.

Z. Górecki.

PEDJATRJA.

Odporność antytoksyczna u człowieka. Chr. Zoeller. *Annales de Méd. T. 23 Nr. 3, 1928.*

Zoeller we Francji stanowi typ niezmordowanego badacza w dziedzinie, nieco zaniedbanej we Francji, a dotyczącej badań nad odpornością osobniczą w stosunku do chorób zakaźnych. Autor w swych pracach uwzględnia walkę z chorobami, mającemi specjalne znaczenie dla pedjatrji: błonicą; płonicą i czerwonką. Zagadnieniami temi interesują się i opracowują je w szerokim zakresie teoretycy i pedjatrzy polscy, co sprzyjało wytworzeniu się ścisłego kontaktu naukowego pomiędzy tymi ostatnimi a *Zoeller'em*. Ta okoliczność warunkuje wzajemne odbicie prac *Zoeller'a* w piśmiennictwie polskim i odwrotnie.

Autor podnosi w pracy swej, jak duże znaczenie posiada odporność antytoksyczna w odpornośc- i patogenezie szeregu chorób zakaźnych, choć znaczenie to nie jest jednakowe dla poszczególnych chorób. Zależy ono oczywiście od biologji tego lub innego zarazka, od sposobu jego chorobotwórczego działania na ustrój ludzki. Odporność antytoksyczna posiada największe znaczenie w stosunku do tężca, gdy działanie tego zarazka na ustrój jest czysto toksyczne, to też o odporności w stosunku do niego decydują własności antytoksyczne. Podobnie przedstawia się sprawa w stosunku do błonicy. Lasecznik błonicy też posiada właściwość zatruwania ustroju ludzkiego lub zwierzęcego zapomocą toksyny, to też obecność antytoksyny w sokach ustroju decyduje prawie wyłącznie o odporności, a leczenie błonicy polega na wprowadzeniu surowicy antytoksycznej. Jednakże niektórzy autorowie sądzą, że lasecznik błonicy jako taki posiada jeszcze dodatkowe żądło, niezależne od toksyny. W stosunku do paciorkowca płoniczego sprawa przedstawia się w sposób bardziej zawiły. Paciorkowiec płonicy wydziela jad, warunkujący objawy pierwszego okresu płonicy (wysypka, zatrucie ogólne) — to pierwsze jego żądło. Natomiast wszelkie objawy septyczne, między innemi też powikłania drugiego okresu płonicy zależą od drugiego żądła — własności ropotwórczych paciorkowca. Stąd też człowiek, posiadający we krwi antytoksynę płoniczą, nie da objawów płonicy, w postaci klasycznej, lecz może umrzeć z powodu posocznicy, wywołanej przez paciorkowiec płonicy. Chory na płonicę zostaje wyleczony z pierwszego okresu płonicy antytoksyczną surowicą przeciwpłoniczą, lecz może uledz paciorkowcom w trzecim tygodniu choroby. Wreszcie w stosunku do czerwonki czynnik toksyczny, względnie antytoksyczny, posiada według autora również duże znaczenie, jak czynnik bakteryjny i odporność przeciwbakteryjna.

Dalej autor omawia metody mierzenia antytoksycznej odporności osobniczej, zapomocą odczynu *Schick'a*, w stosunku do błonicy, odczynu *Dick'a* w stosunku do płonicy, oraz odczynu podanego przez referenta w stosunku do czerwonki.

Omawiając sprawę odporności antytoksycznej nabytej naskutek uodparniania sztucznego, autor podnosi znaczenie obecności w szczepionkach anatoksyny, będącej najlepszym bodźcem do wytworzenia odporności antytoksycznej. Czyni przy tej okazji bardzo cenną uwagę, że przerwy pomiędzy szczepieniami powinny być dość duże, wynosić nie mniej niż dwa tygodnie. Stwierdza dalej doświadczalnie, że szczepionki mieszane, uwzględniające naraz dwa antygeny (np. anatoksynę błoniczą i tężcową), wytwarzają odporność przeciwko obydwum chorobom. Fakt ten posiada duże znaczenie praktyczne, które znalazło między innemi zastosowanie i w Warszawie, gdzie rozpoczęto uodparnianie mieszaną szczepionką, zawierającą anatoksynę błoniczą, anatoksynę płoniczą oraz paciorkowce płonicze.

Autor porusza jeszcze jedną sprawę będącą obecnie na porządku dziennym w związku ze swoistem leczeniem błonicy. Okazało się, że dla otrzymania wyniku leczniczego wysokie miano antytoksyczne surowicy nie jest miernikiem wystarczającym, lecz zawarta w niej antytoksyna musi posiadać duże powinowactwo do toksyny. Zobojętnianie toksyny przez antytoksyny musi się odbywać bardzo szybko. Praktycznie mierzy się tę zdolność szybkiego oddziaływania surowicy zapomocą odczynu kłaczkowacenia (*floculation*) podanego przez *Ramonn'a*. Jedynie tylko te surowice są wartościowe w leczeniu błonicy, które odpowiadają ustalonym warunkom co do szybkości występowania odczynu kłaczko-

wacenia. W obecnym czasie, gdy znajdujemy się prawdopodobnie w przededniu ciężkiej epidemji błonicy, zakłady, wytwarzające surowicę, winny ten punkt widzenia mieć szczególnie na uwadze.

H. B.

CHIRURGJA.

Operacja usztywniająca kręgosłup. Allison. *Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris, nr 9, maj 1928.*

Następujące cierpienia najczęściej dają wskazania do usztywnienia części kręgosłupa: 1) gruźlica kręgów u dorosłych, 2) złamania kręgów, powikłane uciskiem rdzenia, 3) boczne porażenne skrzywienie kręgosłupa po zapaleniu przednich rogów rdzenia i wreszcie 4) boczne skrzywienie na tle zaburzeń rozwojowych kości.

Do najważniejszych powikłań pooperacyjnych po tego rodzaju zabiegu należą: zakażenie rany i wstrząs pooperacyjny.

Technika zabiegu. Cięcie skóry w linji środkowej ponad szczytami wyrostków kolczastych (unieruchomienie powinno obejmować dwa kręgi powyżej i dwa — poniżej ogniska chorobowego); przecięcie podłużne ściśle w linji środkowej przebiegającego tutaj pionowo więzadła, a następnie mięśni, powięzi i okostnej i odwarstwienie całej tej masy tkanek miękkich na boki aż do b cznych stawów międzykręgowych, obnażając w ten sposób tylne łuki kręgów na całej ich powierzchni. Poczem następuje zdłutowanie powierzchownej warstwy kości z tylnej powierzchni łuków kręgowych, usunięcie ostrą łyżeczką chrząstek stawowych stawów bocznych, rozszczepienie podłużne każdego z wyrostków kolczystych na trzy części, ich nadcięcie u podstawy i przełamanie do dołu dla wytworzenia mostka kostnego między każdym z kręgów i następnym poniżej leżącym.

Następnie po uzyskaniu przeszczepu kostno-okostnowego z przedniowewnętrznej powierzchni kości goleniowej, szerokości dużego palca i długości odpowiedniej, przecina się go podłużnie na dwie równe części i natychmiast układa na odsłonięte powierzchnie tylnych łuków kręgowych, na prawo i lewo od linji środkowej, poczem zeszywa się powyżej szeregiem szwów węzełkowych brzegi przeciętego więzadła i wreszcie—skórę. Chory przez pierwsze dziesięć dni po zabiegu leży nieruchomo na twardym materacu bez poduszki, po zdjęciu szwów układa się w gorsecie ortopedycznym lub łóżeczku gipsowem na przeciąg conajmniej 8 — 12 tygodni; po ty n terminie w ciągu roku jeszcze chodzić może wyłącznie w aparacie usztywniającym.

Leczenie guzów krwawnicowych wstrzykiwaniami podśluzówkowemi. Bensaude i Oury. *La Presse Méd. nr. 45, czerwiec 1928.*

Autorowie podają sposób, stosowany przez siebie od 7 lat z wynikiem bardzo dobrym, a polegający na wstrzykiwaniach we wzierniku odbytniczym *Bensaude'a* do tkanki podśluzówkowej tuż powyżej każdego z guzków krwawnicowych 5% rozworu podwójnego chlorku chininy i mocznika, nie należy wstrzykiwać do światła żyły, ani też zbyt blisko powierzchni śluzówki (następuje wówczas intensywna anemizacja danego jej odcinka z następowem obumarciem). Do wstrzykiwań używa się strzykawki *Collina* z długą nasadką metalową, na końcu której jest króciutka igła platynowa, dokładnie dopasowana; wstrzykuje się w przerwach tygodniowych po 3 do 5 cm^3 roztworu za każdym razem tylko w jedno miejsce; jedna serja lecznicza składa się zwykle z 10—12 wstrzyknięć, po każdym wstrzyknięciu chory powinien leżeć przez pół godziny, zanim powróci do swoich zajęć. Leczenie to ma zasadniczo charakter ambulatoryjny.

Wskazania do tych wstrzykiwań dają wyłącznie guzy krwawnicowe wewnętrzne i to te, które powodują krwawienia, ból lub wypadanie śluzówki odbytnicy. Podkreślić tu należy działanie znieczulające i zwężające światło naczyń środka wstrzykiwanego, co sprawia, że nieraz już po jednem wstrzyknięciu niektóre objawy chorobowe ustępują zupełnie. W olbrzymiej większości przypadków wstrzykiwania te pozostają całkowicie niebolesne i bez żadnego działania ubocznego; jedynem powikłaniem bywa powierzchowne i zupełnie dobrotliwe w swych następstwach obumarcie śluzówki w miejscu wstrzyknięcia (zwykle o ile wstrzyknięto roztwór zbyt powierzchownie), nie powodujące nigdy następowych zwężeń światła kiszki; tym obumarciom towarzyszą jednak bóle przejściowe.

Autorowie poddali tego rodzaju leczeniu zgórą 400 chorych, wykonawszy przeszło 4000 wstrzyknięć. W 50% otrzymano wyleczenie zupełne, w 47%—poprawę, w pozostałych 3% wyniku nie osiągnięto. Nawroty cierpienia występowały coprawda, ale w tym samym stosunku, jak i po leczeniu operacyjnem.

Rozpoznawanie i leczenie świeżych złamań nosa. Huet. *Journ. de Chir. Nr. 5, maj 1928.*

W przypadkach obrażeń nosa możemy mieć do czynienia ze; a) złamaniem podokostnowem kości nosowych, b) pęknięciem przegrody chrzęstnej nosa (krwiak obustronny między chrząstką i śluzówką), c) złamaniem podłużnem lub poprzecznem jednej lub obu kości nosowych, d) ze zwichnięciem obu kości bocznem (uraz boczny) lub w kierunku tylnodolnym (wgniecenie grzbietu kostnego nosa między wyrostki nosowe szczęk górnych — zwykle zdarza się u dzieci). wreszcie ze c) złamaniem chrząstki czworokątnej przegrody nosa lub jej zwichnięciem względem lemiesza, vomer (uraz w kiernnku strzałkowym i nieco od dołu).

Rozpoznanie w ciągu pierwszych godzin po wypadku, dopóki jeszcze niema obrzmienia i trwa znieczulenie pourazowe, jest naogół łatwe; należy mieć w pamięci następujące trzy charakterystyczne dla złamań nosa objawy: 1) zniekształcenie nosa wskutek przemieszczenia bocznego, strzałkowego, lub jednocześnie w obu kierunkach, 2) odma podskórna pourazowa wskutek przerwania ciągłości śluzówki i 3) krwiak z obu stron przegrody nosowej, z dużą tendencją do zropienia.

Leczenie ma na celu usunięcie zniekształcenia i przywrócenie drożności oddechowej przedsionków nosa; należy doń przystąpić możliwie wcześnie, gdyż już w ciągu 5 — 10 dni następuje zrost odłamów; krwiak przegrody nosowej należy naciąć natychmiast (w celu uniknięcia niebezpieczeństwa zakażenia ropnego). wystarcza nacięcie jednostronne z następową tamponadą przedsionków na 48 godzin. Zasadnicze leczenie będzie polegało jak zwykle w złamaniach, na zestawieniu odłamów — możliwie unikając forsownych rękoczynów, obrażających tkanki

miękkie — i na ich ustaleniu zapomocą tamponady przedsionków nosa. Przy zestawieniu odłamów należy pamiętać o zasadniczych trzech typach przemieszczeń; wgniecenie krawędzi grzbietowej nosa. jej przemieszczenie boczne i złamania przegrody nosowej. Tamponada powinna byś lekko przeciwgnilna i zwilżająca, dokładnie wypełniać daną jamę i nie wywierać zbyt silnego ucisku (obrzęk śluzówki i skóry).

W przypadkach niepowikłanych wyleczenie zupełne otrzymuje się po 10 dniach; w niektórych przypadkach powstają późne zniekształcenia wtórne, powodowane pourazowemi zrostami śluzówki lub niedostatecznem ustaleniem odłamów.

Leczenie chirurgiczne choroby Basedowa. Bérard i Dunet. *La Presse Méd. Nr. 47, czerwiec 1928.*

Przed rokiem 1900 śmiertelność pooperacyjna w chorobie *Basedowa* wynosiła 15 — 20%, obecnie. odkąd zaczęto badać tego rodzaju chorych w kierunku podstawowej przemiany materji i w związku z tem przygotowywać odpowiednio do zabiegu, śmiertelność ta spadła do 1 — 2%, a więc jasnem jest, gdzie spoczywa punkt ciężkości całego zagadnienia.

To przygotowanie chorego w najbardziej ogólnych zarysach będzie polegało na pewnych zaleceniach co do ogólnej higjeny (spokój fizyczny i psychiczny), co do diety (bez mięsa, ostrych przypraw, kawy, herbaty, alkoholu) następnie hydroterapja, środki uspakajające (brom, luminal). nasercowe, przeciwgośćcowe, chinina, a przedewszystkiem jod w dawkach niewielkich 3 razy dziennie po 10 kropel płynu *Lugola*, co wynosi 0,06 jodu na dawkę, Autorowie zwracają szczególną uwagę na wybitnie dodatnie, jakkolwiek tylko przejściowe działanie jodu w chorobie *Basedowa*, który przez to staje się jednym z najważniejszych środków w przygotowywaniu chorego do operacji.

Rozróżniają oni trzy okresy w rozwoju choroby: 1) zespół objawów typowych dla choroby *Basedowa* przy sprawnem sercu i słabo zaznaczonem zatruciu ogólnem; 2) postać cięższą z zaburzeniem wydolności serca; i wreszcie 3) postać późną z charłactwem, asystolją. stałemi zaburzeniami kiszkowemi, psychicznemi i t. p. W przypadkach ze wzmożeniem przemiany materji do 15% powyżej stosunków prawidłowych wystarcza leczenie wewnętrzne, powyżej 15% — zaleca się operację, przyczem o ile to wzmożenie przemiany materji przekracza 70%—należy operować dwuczasowo, poprzestając z początku tylko na podwiązaniu tętnic tarczycowych.

Po operacji chory jeszcze tego samego dnia otrzymuje do wewnątrz 30 — 60 kropel płynu *Lugola*, ewentualnie — o ile był usypiany do zabiegu— podskórnie w rozczynie fizjologicznym soli, poza tem dostaje w miarę potrzeby morfinę i preparaty naparstnicy (digitalina).

Autorowie amerykańscy, którzy w ten właśnie sposób chorych takich do operacji przygotowywali i następnie w ciągu roku po zabiegu obserwowali, w statystyce, ogłoszonej w marcu r. b. w *Surg.. Gyn. and Obstetr.*, podają, że w 92% otrzymywali po zabiegu całkowite ustąpienie objawów nadczynności tarczycy.

24 przypadki wrzodu dwunastnicy, leczone operacyjnie. Hertz - Okinczyc. *Bull. et Mém; de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 20, czerwiec 1928.*

Owrzodzenie, prawie zawsze pojedyńcze, umiejscowione było we wszystkich przypadkach w górnym odcinku dwunastnicy i przedstawiało się w postaci białawej blizny, lub tak zwanego ulcus callosum. Pod względem klinicznym choroba przebiegała pod postacią powtarzających się w mniej lub więcej długich odstępach czasu napadów z bólami głodowemi, wymiotami krwawemi i krwawieniami ukrytemi (w stolcach); badanie rentgenologiczne dawało wynik dodatni tylko w połowie przypadków. Schorzenie to w 90% dotyczy mężczyzn. Przeciętny przebieg choroby wynosi 2 — 4 lat. Zabieg operacyjny polegał na: 1) zespoleniu żołądka z najbliższą pętlą jelita czczego, 2) zespoleniu z wyłączeniem drożności odźwiernika, 3) wycięciu wrzodu, lub 4) wycięciu części dwunastnicy, odźwiernika, a nawet części przyodźwiernikowej. Wyłączanie odźwiernika przeprowadzał autor w części przyodźwiernikowej, przy pomocy miażdża Martela; kikut dwunastniczy zamykał szwem 3-piętrowym, powyżej przyszywał sieć.

Wyleczenie zupełne otrzymał w 66%, śmiertelność pooperacyjna wynosiła 9%; zaznaczyć jeszcze należy, że wyłączanie odźwiernika okazywało się w swych wynikach bardzo niepewne, lepsze wyniki otrzymywał autor po częściowem wycięciu dwunastnicy, czy też żołądka, wykonywanem zwykle dwuczasowo (z początku zespolenie, potem rezekcja).

Pierwotne ostre zapalenie kątnicy. Bop-pe-Okinczyc. *Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de chir. Nr. 20, czerwiec 1928.*

Autor opisuje przypadek pierwotnego ostrego zapalenia kątnicy i przyległego odcinka wstępnicy, z surowiczoropnem ograniczonem zapaleniem otrzewnej i przy braku jakichkolwiek zmian zapalnych ze strony wyrostka; klinicznie schorzenie to przebiegało z typowemi objawami ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Anatomopatologicznie rozróżniamy tu zasadniczo trzy postacie; 1) postać, przebiegającą gwałtownie, ze zgorzelą ściany kątnicy, 2) postać z naciekiem zapalnym ściany i ograniczonem zapaleniem otrzewnej, i wreszcie 3) postać przewlekłą, przebiegającą pod postacią guza kątnicy (zbliżonego wyglądem do gruźlicy lub nowotworu),

W etjologji gra większą rolę, zdaje się, obecność w kątnicy pewnych pasorzytów kiszkowych (trichocephalus. oxyuris).

W niektórych przypadkach wyleczenie otrzymywano po wycięciu zdrowego, zdawałoby się, wyrostka i sączkowaniu danego miejsca jamy brzusznej.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Sztuczne przerwanie ciąży, jako uraz biologiczny i jego następstwa. Serdukoff. *Gynecologie et Obstetrique, t. XVII nr. 3.*

Na zasadzie danych statystycznych i obserwacji lekarskiej, autor przychodzi do następujących wniosków:

1. Ilość sztucznych poronień wzrasta stale w Moskwie, osiągając w roku 1926 liczbę 25.593. Stale zmniejsza się ilość poronień niezupełnych (abortus incompletus),. których największą część stanowią poronienia kryminalne.

2. Liczba porodów w Moskwie pomimo powyższego nie zmniejsza się, lecz wzrasta odpowiednio do przyrostu ludności.

3. Z punktu widzenia biologicznego, sztuczne przerwanie ciąży pozbawia organizm działania zaczynów ciałka żółtego, łożyska płodu i niszczy działanie wewnątrzwydzielnicze macicy. Skutkiem tego urazu u kobiet niedorozwiniętych o typie astenicznym zwijanie się narządu rodnego przekracza często granice normalne.

4 Wpływ na macicę omawianego urazu daje w wyniku, według autora, trzy postacie anatomopatologiczne:

a) uterus fibro-atrophicus infantilis;
b) uterus parvus atrophicus;
c) uterus fibro-metropathicus.

5. Sztuczne przerwanie ciąży u kobiet młodych w wieku 17—19 l. nawet bez spraw zapalnych powodować może stałą niepłodność.

Ciąża brzuszna i jej leczenia operacyjne. Jeanney G. i Villar J. *Gynecologie et Obstetrique, t. XVII, nr. 3.*

Autorowie obserwowali następujący przypadek: wieloródka, l. 42, miała ostatnią miesiączkę 20. V. 1926 r.; 10, VI. tegoż roku niewielkie krwawienie i objawy otrzewnowe, które spowodowały rozpoznanie ciąży pozamacicznej, jako hypotezę. Jednakowoż wobec ustania dalszych objawów i prawidłowego dalszego rozwoju ciąży myślano o ciąży wewnątrzmacicznej. W grudniu 1926 r. chora zauważyła ruchy płodu. W styczniu wystąpiły niby bóle porodowe z nieznacznym krwawieniem — wszystko to jednak ustało.

Dopiero w maju 1927 r. stwierdzenie guza w brzuchu odpowiadającego (co stwierdzono radjologicznie) płodowi zmusiło do wykonania zabiegu, gdyż postawiono rozpoznanie ciąży brzusznej, opierając się raczej na wywiadach, niż na badaniu nie dającem tu zupełnie wyraźnych danych. Podczas zabiegu, który polegał na wycięciu macicy wraz z przydatkami, stwierdzono, że łożysko usadowione było w okolicy lewej trąbki i lewego więzadła szerokiego. Wydobyty płód znajdował się w jaju płodowem, był zmacerowany.

Autorowie zwracają uwagę, że rozpoznanie bynajmniej nie było łatwe w tym przypadku. Nie wyczuwało się bynajmniej części płodu pod skórą bezpośrednio, tętna płodu nie wysłuchiwano, co jednak bynajmniej nie jest dowodem śmierci płodu; i wreszcie macicę nie łatwo było znaleźć, a jej położenie raczej przemawiało za jakimś guzem międzywięzadłowym. Ciąża brzuszna często nie daje objawów niepokojących, to też dopiero przypadek lub powikłanie, jak objawy otrzewnowe, czy niedrożność jelit, sprowadzają chorą do lekarza. Co do postępowania, to ponieważ z jednej strony udaje się utrzymać przy życiu i wychować zaledwie 8°|, zdrowych dzieci, a z drugiej — śmiertelność matek nieznaczna w początku ciąży jest 4-krotnie większa przy operowaniu w jej końcu — autorowie radzą wykonywać zabieg natychmiast po ustaleniu rozpoznania, bez względu na dziecko i czas ciąży.

Co do łożyska, to autorowie, na zasadzie statystyki *Lavergne*, radzą usuwać je możliwie całkowicie. W przypadkach, gdzie łożysko usadowieniem swem wywołuje poważne trudności (nprz. przyrośnięte jest do ściany małej miednicy, do okolicy dużych naczyń lub do krezki jelit) należy jednak starać się usunąć łożysko, posługując się bądź to sposobem Potockiego—uchwycenia w początku naczyń macicy i jajnika aby w ten sposób zmniejszyć dopływ krwi do łożyska; można również uciskiem na tętnicę brzuszną uzyskać prowizoryczną hemostazę. Po zabiegu radzą autorowie założyć worek Mikulicza, gdyż zawsze pozostać mogą choćby małe zrazy łożyska.

Leczenie septicemji, pyemji i septicopyemji zapomocą surowicy przeciwkopaciorkowcowej. Bernard G. *Gynecologie et Obstetrique T. XVII, nr. 3.*

W swej niezmiernie ciekawej pracy autor podaje ścisły wykaz 35 przyp. obserwowanych w latach 1910 do 1927 w Maternité w Lozannie (dyr. prof. *Rossier*)—przypadków zakażenia połogowego, w których stwierdzono drobnoustroje bądź to we krwi, bądź w ropniach przerzutowych, bądź badaniem anatomo patologicznym.

Autor nie określa bliżej jaką surowicę przeciwpaciorkowcową używał; zaznacza jedynie, że nie jest ona bakterjobójczą, z drugiej zaś strony stwierdza, że nie udało sie dotąd wytworzyć surowicy antiendotoksycznej. Sądząc z tekstu nie widzi on różnicy pomiędzy surowicami wytworzonemi przez poszczególne instytuty.

Wnioski do których autor dochodzi są:

1) Surowica przeciwpaciorkowcowa zastosowana w leczeniu 35 przyp. ogólnego zakażenia połogowego dała w wyniku 37,1°/₀ wyleczeń.

2) Jeśli odrzucić przypadki, w których śmierć nastąpiła w ciągu pierwszych godzin leczenia, przedtem niż surowica mogła działać, jak również te przypadki, w których przyczyną były inne drobnoustroje—nie paciorkowce — to odsetek przypadków wyleczonych podniesie się do 47.3°/₀. (Jeśli wyosobnić tylko przypadki, w których dowodem zakażenia było wyhodowanie paciorkowców ze krwi — to odsetek wyleczeń wyniesie 45°/₀— przyp. referenta).

3) Leczenie zapomocą surowicy okazało się lepsze od leczenia koloidalnemi metodami w kilku przypadkach.

4) W 20°/₀ przypadków działanie surowicy było natychmiastowe, jakby swoiste.

5) W innych przypadkach działanie surowicy, jak się zdaje, wzmagało siły obronne organizmu.

6) Autor poleca wprowadzenie surowicy domięśniowo w ilości 80 — 100 cm³ pierwszego dnia (możliwie wcześnie z początkiem choroby) i 60 — 80 cm³ dni następnych. Skutku oczekiwać należy w ciągu 2—5 dni.

7) Jeśli po 5—6 dniach leczenia surowicą nie stwierdza się wyraźnej poprawy w stanie ogólnym, ani zmiany w krzywej ciepłoty, należy przypuszczać, że surowica nie działa i przejść wówczas należy do leczenia metodami koloidalnemi, lub sprobować wywołać wstrząs zapomocą dożylnej injekcji peptonu.

Wyniki zachowawczych zabiegów operacyjnych w przypadkach zapalenia jajowodów. Molin i Fr. Condamin. *Gynecologie et Obstetrique T. XVII, nr. 3.*

Autorowie brali pod uwagę przypadki zapalenia jajowodów, prawdopodobnie pochodzenia rzeżączkowego, gdyż starali się wyłączyć tak gruźlicę przydatków, jak zapalenie połogowe.

Z ogólnego materjału udało się autorom zebrać wiadomości jedynie o 53 chorych, u których od czasu operacji upłynęło od 1 roku do 7-miu lat. W 39 przyp. wynik był bardzo dobry; natomiast w 14 (26,5°/₀) wynik był nie zadawalający.

Rozpatrując oddzielnie grupami wyniki po rozmaitych zabiegach stwierdzają autorowie, że im bardziej zachowawczo postępował operator, tem większy był odsetek wyników niezadawalających. Awięc w grupie zabiegów mających na celu oszczędzenie zdolności płodzenia (25 przyp.) wykonano najczęściej jednostronne wycięcie przydatków (22 przyp.) z dodaniem lub bez innych zabiegów (salpingostomia — 4, resectio ampullae tubae — 3, abbreviatio ligamentorum — 6).

W grupie tej aż w 8 przypadkach (32%) wynik zakwalifikować należało, jako nie zadawalający.

W grupie zabiegów mających na celu utrzymanie miesiączki (20 przyp.) wynik nie zadawalający wypadł w 5 (25%). Pozostawiono tu chorej macicę i jeden lub dwa jajniki.

Natomiast na 7 przyp., w których jedynie starano się zachować czynność wewnętrzno-wydzielniczą narządu rodnego kobiety (pozostawiono jajnik lub tylko macicę w 4 przyp.) — zaledwie w 1 chora skarżyła się na objawy wypadnięcia tej czynności.

Należy z koleji wykazać, co uważali autorowie za wynik niezadawalający. Ciąży nie uzyskano ani razu. Na plan pierwszy wysuwa się natomiast sprawa uleczenia z istniejących uprzednio bólów. Te zaś mogą być związane z jajowodem, jajnikiem, macicą lub tkanką podotrzewną zatoki *Douglas'a*. Bóle zależne od schorzenia jajowodu (przewlekłego czy nowonabytego) są zjawiskiem częstym. Z ośmiu niepowodzeń w grupie I-ej cztery spowodowane były schorzeniem trąbki. Wobec tego wysuwa się raz jeszcze wielokrotnie podnoszone pytanie, czy słusznem jest pozostawiać chorą, lub wątpliwą co do zdrowia trąbkę. Autorowie przypuszczają, że nadzieje na powrót do czynności jajowodu można mieć tam tylko, gdzie raczej chora jest otrzewna w otoczeniu, a nie sama trąbka (zrosty dookoła ujścia brzusznego). Uwolnienie ze zrostów zdrowej właściwie trąbki niekiedy daje dobre wyniki, co do płodności. Natomiast jeśli sama trąbka jest chora to M. i C. proponują wycięcie jej części zewnętrznej, bańki, gdyż tu najczęściej umiejscawia się sprawa chorobowa, dzięki warunkom anatomicznym (liczne fałdy śluzówki, strzępki, zaułki, światła i t. d.). Pozostawienie cieśni wraz z częścią śródmiąższową nie grozi nawrotem sprawy chorobowej, a pozostawia nadzieję na zapłodnienie. Nie należy przy pozostawianiu takiego kikuta rozszerzać jego światła, ani obszywać jego boków; wystarczy uchwycić i podwiązać cieniutkim katgutem dwie tętniczki nad i podtrąbkową, aby opanować krwawienie.

Wyniki niezadawalające operacji zachowawczych, których winę przypisaćby należało pozostawionemu jajnikowi, są stosunkowo nieliczne i, zdaniem autorów, zależne najczęściej od jego niedostatecznego ukrwienia. Powikłanie omawiane jest o tyle lżejsze, że często daje się następową operację (naprz. nakłucie zwyrodniałego jajnika) dokonać drogą przez pochwę.

Niepowodzenie operacji zależne od pozostawienia macicy są wyjątkowo rzadkie. Natomiat niekiedy dobrze jest oprócz samego zabiegu (naprz. wycięcia trąbek) zastosować bądź to skrócenie więzadeł, bądź lepiej jeszcze tamponowanie zatoki *Douglas'a*, gazą wyprowadzoną końcem na zewnątrz przez tylne sklepienie (ma to powstrzymać macicę od opadania ku tyłowi i utrudniać wytwarzanie się zrostów pomiędzy jej tylną powierzchnią, a otrzewną zatoki *Douglas'a*). W innych jeszcze przypadkach należy po operacji zastosować leczenie pozostawionej macicy naprz. leczenie kataru szyjki i t. d.

Wreszcie u 7 chorych przyczyną bólów pooperacyjnych było zapalenie tkanki podotrzewnej zatoki *Douglas'a*, wyrażające się w bolesności wiązadeł krzyżowo-macicznych i w szeregu objawów ogólnych (osłabienie, schudnienie, zaburzenie ze strony przewodu pokarmowego, pęcherza i prostnicy). Aby uniknąć tego nieprzyjemnego powikłania, zwanego przez autorów za przykładem *R. Condamin* — „Douglassitis“ polecają oni dokładną tualetę zatoki *Douglas'a*, skrócenie więzadeł, lub ewent. tamponowanie tejże zatoki.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Łysienie plackowate pochodzenia urazowego. Moutier i Legrain. *Annales de Derm. nr. 4, 1928.*

Autorzy spostrzegali kilka przypadków łysienia plackowatego na tle urazu, do pracy swojej dołączają oni opis 44 przyp. łysienia plackowatego na tle urazu—innych autorów.

Postaci kliniczne schorzenia są bardzo rozmaite, spotykamy bowiem wszystkie znane umiejscowienia.

O ile udaje się spostrzec łączność łysienia plackowatego z urazem — to następuje łysienie zazwyczaj w przebiegu pierwszego, rzadziej drugiego miesiąca po urazie; uraz dotyczy zazwyczaj głowy.

Badania nad mechanizmem powstawania łysienia plackowatego. Livy-Franckel i Juster. *Ann. de derm. et de syphiligr. nr. 4, 1928.*

Autorzy często spostrzegali u chorych z łysieniem plackowatem obecność zaburzeń naczynioruchowych i nerwowych, jak np.: zaburzenia w poceniu, nieprawidłowości w odruchu oczno-sercowym, brak odruchu pilo-motorycznego, zaburzenia gruczołów dokrewnych (zwłaszcza tarczycy), zmiany w obrazie kapillaroskopowym. Autorzy odróżniają dwa typy łysienia plackowatego: W jednych przypadkach podstawowa przemiana materji jest prawidłowa—jest to typ łysienia na tle naczyniowo - sympatycznych zaburzeń.

W innych przypadkach spostrzega się znaczne zaburzenia podstawowej przemiany materji — jest to typ łysienia plackowatego na tle zaburzeń gruczołów dokrewnych.

Pęcherzyca złośliwa z początkiem schorzenia, przypominającym pęcherzycę brodawkującą. Pautrier i Weil. *Bull. de la soc. franç. de derm. et de syphiligr. nr. 9, 1927.*

40-letni mężczyzna zachorowuje na pęcherzycę umiejscowioną do jamy ustnej, po 2 miesiącach wystąpiły pęcherze na skórze tułowia; niektóre pęcherze mają ułożenie girlandowate i wykazują skłonność do brodawkowatych bujań dna, co przypomina pemphigus vegetans. W dalszym przebiegu skłonność do bujania zmniejszyła się, przeważał natomiast obraz identyczny z chorobą *Dübringa-Brocqua*. (*We Francji jeszcze dotąd spostrzegamy przewagę kryterjów morfologicznych w opisie i rozpoznaniu choroby; dla tego też podobne przypadki zdaniem tych autorów zasługują na uwagę,*

wykazując współistnienie tych odrębnych schorzeń. U nas już porzucono te morfologiczne kryterja i objawy takie, jak bujanie podłoża i pełzakowatość wykwitów są tłomaczone wpływem czynników wtórnych, nie przypisując zasadniczego znaczenia wyglądowi wykwitów. Przyp. referenta).

Choroba Duhringa u oseska 4 miesięcznego. Catala i Olivier. *Bull. de la soc. de péd. de Paris, nr. 8-9, 1927.*

Autorowie opisują przypadek pęcherzowego schorzenia skóry u oseska 4 miesięcznego (urodzony w 7-ym miesiącu ciąży). Osutka była wielopostaciowa, błony śluzowe były wolne, treść pęcherzy jałowa, we kwi 17% eozynofili. Autorowie leczyli okładami, maścią kollargolową i podawaniem chlorku wapnia dożylnie; zejście było pomyślne.

Dwa przypadki choroby Hodgkina zakończone rozpadową gruźlicą płuc. Hudelo, Rabut, Kaplan, Ragonneau. *Bull. de la soc. franç. de derm. et de syph. nr. 7, 1927.*

U dwóch chorych (23 i 17 letnich mężczyzn) spostrzegali autorzy objawy swędzenia i silnego obrzmienia gruczołów; badanie histologiczne tych ostatnich wykazało budowę znamienną dla ziarnicy złośliwej. Pod wpływem leczenia promieniami X gruczoły chłonne zmniejszyły się i swędzenie ustąpiło; jednakże chorzy tracili na wadze i po roku u obydwóch wystąpiły objawy rozpadowej gruźlicy płuc. Autorzy sądzą, że gruźlica rozwinęła się jako schorzenie wtórne u osobników bardzo wycieńczonych i nie łączą etjologicznie obu schorzeń (tbc i lymfogranulomatozy).

L'erythro - cyanose sus - malléolaire. Juster. *Presse méd. nr. 103, 1927.*

U młodych kobiet często spostrzega się na podudziach nacieczone i ciastowate, sinawo - czerwone ogniska, są one zazwyczaj symetryczne, skóra kończyn jest wilgotna i zimna, pokryta guzkami keratozy przymieszkowej. Schorzenie to nie należy identyfikować z eryth. induratum Bazin, ma ono natomiast niewątpliwy związek z zaburzeniami gruczołów dokrewnych (jajniki, tarczyca), dowodem tego jest pogarszanie się cierpienia w okresie miesiączkowania, nieprawidłowości w miesiączkowaniu, sinica rąk, nadmierne pocenie, częste owłosienie nadmierne. Istotną przyczyną zatem tego schorzenia są zaburzenia nerwowodokrewne i naczyniowe, wywołane mogą być one przez rozmaite zatrucia i choroby zakaźne (nawet kiłę). Zmiany histologiczne polegają na rozszerzeniu naczyń i obecności nacieków w otoczeniu naczyń. Pod względem leczniczym osiąga się dobre wyniki masażem i czynnikami fizykalnymi (promienie pozafiołkowe, diatermia, promienie ultra czerwone).

Choroba Pageta nie jest stanem przedrakowym, lecz rakiem gruczołu piersiowego. Partrier, Levy Diss. *Presse méd nr. 65, 1927.*

Autorzy nie zgadzają się z zapatrywaniem *Dariera*, który zaliczał chorobę Pageta do „Dyskeratoses"—stanów przedrakowych. Zmiany histologiczne w naskórku, które *Darier* uważał za charakterystyczne dla stanów przedrakowych (dyskeratoses)—są to jak wiadomo szczególne komórki naskórkowe; wedle zdania autorów artykułu komórki te znajdują się w rozmaitych stanach chorobowych (nawet w gruźlicy) i nie mogą być podstawą dla wyodrębnienia t. zw. stanów przedrakowych w samodzielną grupę. Omawiane komórki (dyskeratotyczne) nie pochodzą, jak to sądzi *Darier* z naskórka (przez szczególny proces, który *Darier* nazwał desmolyse i ségrégation)—ale są komórkami nowotworowemi, które pochodzą z gruczołu piersiowego i skutkiem nowotworowego bujania wrosły w skórę. Na poparcie tego poglądu (jest to zresztą zapatrywanie pożyczone od *Thina i Jacobensa*) przytaczają autorzy jeden przypadek choroby Pageta, w którym dokładne histologiczne badanie gruczołu piersiowego wykazało obecność nowotworowego bujania w jednym z przewodów mlecznych gruczołu; komórki tego nowotworu były identyczne z t. zw. „dyskeratotycznemi" komórkami, które zawierał naskórek.

Autorzy uogólniają to spostrzeżenie twierdząc, że w każdym przypadku choroby Pageta (the Paget's disease of the nipple) można wykryć rak gruczołu piersiowego, dla tego też wymagają oni w tych przypadkach dokonania operacji wycięcia gruczołu piersiowego (na tem stanowisku stoi również i *Darier*).

Choroba Pageta nie jest zwykłą dyskeratozą przedrakową, lecz rakiem gruczołu; o chorobie Pageta umiejscowionej nie na sutku. Pautrier, Levy i Diss. *Presse méd nr. 68, 1927.*

Z punktu widzenia histologicznego dla choroby Pageta są charakterystyczne nie komórki „dyskeratotyczne" (znajdują się one i w innych stanach) lecz komórki „Pagetowskie", mają one duże jasne jądro i słabo barwiącą się zarodź, posiadają przy tem zdolność do wrastania w otaczającą tkankę. Komórki te, zdaniem autorów, pochodzą nie z komórek warstwy rozrodczej naskórka. W tym artykule zajmują się autorzy specjalnie analizą przypadków choroby Pageta, dotyczącącej innych części ciała, nie zaś skóry sutka. Zdaniem autorów we wszystkich tego rodzaju przypadkach istniał rak któregoś z sąsiednich gruczołów, tak np. rak gruczołu krokowego w przypadkach choroby Pageta odbytu; rak cewki w przypadkach choroby Pageta prącia, wreszcie rak gruczołu potnego, lub łojowego skóry.

Ostateczna konkluzja jest, że niesłusznym jest pogląd, który wywodzi chorobę Pageta ze zmian w komórkach naskórka, które wyrodnieją i wrastają w głębsze tkanki;—przeciwnie jest to rak gruczołów, mający skłonność do wrośnięcia w skórę (nazewnątrz).

Leczenie owrzodzeń insuliną. Pautrier i Ullmo. *Bull. d. l. soc. fr. de derm. et de syphiligr. nr. 9, 1927.*

Autorzy opisują przypadek nader rozległych owrzodzeń podudzia u kobiety 64-letniej; owrzodzenia te wystąpiły na tle zapalenia żył i żylaków, nie miały tendencji do gojenia się pod wpływem rozmaitych środków leczniczych. Pod wpływem zaś maści zawierającej insulinę owrzodzenia te zagoiły się w ciągu kilku dni.

Próby leczenia owłosienia nadmiernego jonizacją z octanem talu. Louste, Juster i Dramez. *Bull. de la soc. derm. nr. 9, 1927.*

U kobiety 40-letniej i innej 18-letniej probowano leczyć owłosienie nadmierne wargi górnej jontoforezą z użyciem octanu lub siarczka talu. (18 posiedzeń, 5—10 m Amp. w ciągu 10—20 min.). Po 8-em seansie włosy wypadały, nowe włosy były cieńsze i mniej liczne.

M. Grzybowski.

KRONIKA.

Jak wiadomo w maju r. b. zmarł w Warszawie znany chirurg dr. Aleksander Zawadzki. Obecnie w licznych pismach francuskich ukazały się wzmianki pośmiertne, w bardzo serdecznych słowach przypominające zasługi zmarłego na terenie lekarskim międzynarodowym wogóle, a zbliżenia francusko-polskiego w szczególności.

* * *

Otrzymaliśmy od Departamentu Służby Zdrowia niżej załączone zawiadomienie o mających się odbyć kursach dokształcenia sanitarnego dla inżynierów.

Wobec ogromnej wagi dla hygjeny kraju, a co zatem idzie i dla świata lekarskiego tych kursów, nie wątpimy, że Koledzy nie ominą, o ile nadarzy się sposobność, poparcia tych kursów wśród swych znajomych — inżynierów.

* * *

Z dniem 5 listopada r. b. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie kurs pięciotygodniowy dokształcenia sanitarnego dla inżynierów. Zapisy kandydatów przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny (ul. Chocimska 24 w Warszawie) do dnia 1 listopada r. b.

Warunki przyjęcia, opłaty za kurs oraz za mieszkanie i utrzymanie są te same, co i na poprzednim kursie, poleconym okólnikiem Pana Ministra Spraw Wewnętrznych Nr, 158 z dnia 30 sierpnia 1927 r. za Nr. ZH. 3929/27.

PROGRAM KURSÓW.

Trzeci kurs dokształcenia sanitarnego dla inżynierów

(od dnia 5 listopada do 11 grudnia 1928 r.).

Kierownik Kursu: Inż. Mag. Zygmunt Rudolf.

	Godz.	
I. Dział ogólny.		
Podstawy inżynierji sanitarnej	2	Inż. Mag. Z. Rudolf.
Zagadnienia higjeny publicznej	2	Doc. Dr. W. Bogucki.
Planowanie miast i higjena mieszkań	4	Inż. Mag. Z. Rudolf.
Higjena wsi	1	Dr. W. Chodźko.
Statystyka i epidemjologja	5	Dr. M. Kacprzak.
Walka z gruźlicą	1	Dr. Cz. Wroczyński.
II. Nauki przyrodnicze.		
Bakterjologja (z demonstracjami)	4	Dr. H. Sparrow.
Hydrobiologja (z demonstracjami)	5	Inż. H. Przyłęcki.
Chemja sanitarna (z demonstracjami)	6	Inż. A. Szniolis.
III. Przedmioty techniczno-sanitarne.		
Hydrologja	5	Prof. K. Pomianowski.
Osuszanie terenów	5	Prof. Cz. Skotnicki.
Wodociągi i kanalizacja	6	Prof. J. Radziszewski.
Oczyszczanie wody i ścieków	10	Inż. A. Szniolis.
Dezynfekcja wody	2	Prof, Sz. Dzierzgowski.
Eksploatacja wodociągu	2	Inż. T. Jaszczurowski.
Mleko	3	Doc. Dr. H. Ruebenbauer.
Usuwanie śmieci	4	Gen. Inż. E, Kątkowski.
Oczyszczanie miast	2	Inż, Mag. Z. Rudolf.
Sanacja osiedli, nieposiadających wodociągu i kanalizacji	4	Inż. Mag. Z, Rudolf.
Budowa ulic i placów	3	Inż. M. Heine.
Wentylacja i ogrzewanie	8	Doc. Inż. F. Bąkowski.
Higjena pracy	6	Dr. B. Nowakowski.
Dezynfekcja i dezynsekcja	4	Ppłk. Inż. Dobrowolski.
Deratyzacja	2	Doc. Ppłk. Dr. S, Szulc.
Zakłady użyteczności publicznej:		
a) szkoły	3	Inż. Fr. Ejchhorn.
b) szpitale	2	Inż. Arch. F. Rakiewicz.
c) kąpieliska	2	Ppłk. Inż. St. Dobrowolski.
d) rzeźnie	2	Dr. Jan Kiszkiel.
Chłodnictwo	3	Prof. B. Stefanowski.
Bezpieczeństwo pracy	4	Inż. St. Rodowicz.
Oświetlenie	2	Inż. K. Gnoiński.
Walka z dymem	1	Inż. Mag. Z. Rudolf.

Wykłady nadprogramowe (popołudniowe, za specjalnem zawiadomieniem).

	godz.	
Organizacja budowy wodociągów i kanalizacji	2	Inż. S. Skrzywan.
Głębokie studnie i ich wiercenie	2	Inż. H. Łempicki.
Rola ośrodków zdrowia w administracji sanitarnej	2	Dr. St. Tubiasz.
Gazownictwo	3	Dr. Inż. Szulce i Inż. J. Konopka.
Walka z gazami	2	Mjr. B. Sypniewski.

Wycieczki.

1. Biuro regulacji miasta Warszawy.
2. Ośrodek zdrowia w Mokotowie.
3. Stacja przepompywania ścieków.
4. Stacja pomp rzecznych, ujęcie wody z Wisły i nowe osadniki.
5. Filtry miejskie (oraz laboratorjum).
6. Zakład spalania śmieci i zakład dezynfekcyjny.
7. Zakład oczyszczenia ścieków przy szkole powszechnej.
8. Rzeźnia miejska na Pradze (stary i nowy budynek).
9. Zakład utylizacyjny.
10. Stacja doświadczalna do badania ścieków na Kaskadzie.
11. Szpitale: Karola i Marji, Dzieciątka Jezus, Przemienienia Pańskiego i św. Ducha.
12. Większe urządzenia ogrzewniczo-wentylacyjne.

Wykłady odbywać się będą w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny — ul. Chocimska 24, II-piętro.

Wycieczki odbywać się będą co drugi dzień, każdorazowo za specjalnem zawiadomieniem Sekretarjatu Szkoły.

BIBLJOGRAFJA.

W. Vignal. Electrotherapie. Nakładem G. Doin et Cie 1928 r. 550 str. Cena 32 fr. fr.

Krótki i bardzo przejrzyście ułożony podręcznik, omawiający całokształt zastosowania elektryczności w lecznictwie ze stanowiska lekarza-praktyka. Teorji poświęca autor tylko tyle miejsca, ile jest konieczne do zrozumienia najprostszych podstaw stosowania elektryczności i trzeba przyznać, że wstęp ten teoretyczny jest napisany z prawdziwym talentem popularyzatorskim. Po równie zwięzłem omówieniu sposobu działania prądów elektrycznych na ustrój, podaje autor opis poszczególnych przyrządów służących do elektryzacji, diatermji i t. d. Część praktyczna, o wiele szczegółowsza, rozpoczyna się omówieniem sposobów rozpoznawczych z zastosowaniem elektryczności, a następnie poświęcona jest omawianiu właściwej elektroterapji. Schorzenia są ugrupowane podług układów, a więc zaburzenia układu nerwowego zajmują, rzecz prosta, najpocześniejsze miejsce; dalej idą choroby układu sercowo-naczyniowego, moczowego, i t. d. Również choroby skóry, ucha, gardła i nosa, okulistyka i chirurgja zostały uwzględnione. Wskazówki terapeutyczne są krótkie, jasne, dokładne, co w wysokim stopniu ułatwia czytelnikowi zorjentowanie się co do długości trwania leczenia, potrzebnej aparatury i tym podobnych szczegółów. Dziełko to nie jest oczywiście przeznaczone dla specjalistów, ale możemy gorąco polecić przeczytanie go każdemu lekarzowi, gdyż nietylko pozna on wtedy obecny stan elektroterapji, lecz zapewne ze zdziwieniem dowie się o wielu schorzeniach, w których naogół dość rzadko, przynajmniej u nas, stosują elektroterapję, a gdzie jednak ten sposób leczenia daje wcale zachęcające wyniki.

Nouvelle Pratique Thérapeutique. Przy współudziale G. Blechmann'a, H, Chabanier'a, P. Chevalier'a, R. Gutmann'a, L. Devraigne'a, J. Madier'a, G. Heuger'a I. Kermorgant'a, I. Madier'a, A. Monbrun'a, A. Mouloguet'a, P. Pruvost'a, D. Routier'a, i A. Tzanck'a. Nakładem G. Doin et C-cie. 2 tomy, 16996 stron. Cena w oprawie 175 franków franc.

Oto istotnie nieodzowna książka dla lekarza praktyka. Ułożona w porządku

alfabetycznym chorób, uwzględniająca przytem wszystkie działy sztuki lekarskiej, szczęśliwie uniknęła ona przytłaczającego ogromu treści wielotomowych encyklopedji terapeutycznych z jednej strony, a nieuniknionych luk i niedomówień krótkich, kieszonkowych podręczników. Długa lista współautorów, świadczy o dążności, aby każdy z nich opracował dział najlepiej sobie znany. Oczywiście szkoła francuska jest uwzględniona w powyższem dziele w pierwszym rzędzie; jednak wszędzie, gdzie była tego istotna potrzeba, nie pominięto i obcych Francji metod leczniczych. Terapja jest omówiona zwięźle, lecz jednocześnie wyczerpująco; na szczególne uznanie zasługuje równomierność omawiania różnych schorzeń, które jak np. choroby chirurgiczne, sprawy porodowe i t. p. zwykle były w tego rodzaju wydawnictwach traktowane po macoszemu. Polski czytelnik, mało obznajmiony z nomenklaturą francuską środków leczniczych, może tu i owdzie w jakiejś formułce recepturalnej natrafić na pewne trudności; lecz jest to drobiazg, bo punkt ciężkości dzieła spoczywa bynajmniej nie na przytoczeniu mniej, lub więcej licznych wzorów recept, lecz na wytyczeniu wyraźnem kierunku, w którym racjonalne leczenie danej jednostki chorobowej powinno iść. Mnóstwo odsyłaczów ułatwia korzystanie z dzieła. Jak powiedzieliśmy na początku, jest to niezaprzeczenie niezastąpiony informator w codziennej praktyce lekarskiej.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Leczenie różnych postaci gruźlicy antygenem metylowym. Negre, Boquet i Valtis. *La Presse Méd. Nr. 42, maj 1928.*

Ów środek leczniczy jest to wyciąg metylowy z prątków Kocha, o wiele skuteczniejszy w działaniu swem i bez porównania mniej niebezpieczny i mniej kłopotliwy w zastosowaniu od różnych postaci tuberkuliny. Autorowie stosowali go z wybitnem powodzeniem w gruźlicy przewodu pokarmowego, jąder, układu moczowego, otrzewnej, kości i stawów, płuc. Antygen metylowy jest wyrabianv na użytek ogółu przez Instytut Pasteura w ampułkach á 1 cm^3 roztworu rozcieńczonege lub stężonego; wstrzykuje się go podskórnie (przednio-boczna powierzchnia uda) w przerwach 3—4-dniowych, bardzo ważnem jest zaczynanie od drobnych dawek ($^1/_4$ cm^3 roztworu rozcieńczonego) i powolne przechodzenie do dawek większych (po 5 — 6-krotnem powtórzeniu tej samej dawki). Należy wstrzymać się w tym okresie od stosowania heljoterapji lub naświetlań promieniami pozafiołkowemi. Odczynu miejscowego, ani ogólnego nie bywa prawie wcale. Wynik leczenia zaznacza się w czasie od paru tygodni do paru miesięcy. Co do szczegółów przeprowadzenia kuracji odsyłam do pracy oryginalnej.

Nowy sposób leczenia róży i innych zakażeń łańcuszkowych skóry. Montel. *La Presse Méd. Nr. 42, maj 1928.*

W dobie współczesnej szerokiego uwzględniania odporności miejscowej i posiłkowania się w celach leczniczych, autor uważa za celowe podać do wiadomości sposób leczenia róży, stosowany przez siebie od 10 lat z bardzo dobremi wynikami. Sposób ów polega na smarowaniu chorych odcinków skóry. surowicą przeciwłańcuszkowcową, wyrabianą przez Instytut Pasteura. Trzy razy dziennie, po dokładnem obmyciu skóry wodą przegotowaną pokrywa się ją przy pomocy pędzelka lub tamponu z waty warstwą dość szybko zasychającej na powietrzu surowicy swoistej; żadnego odatrunku się nie nakłada. W ciągu 5 minut od chwili posmarowania występuje intensywne zaczerwienienie miejscowe w połączeniu z uczuciem gorąca i napięcia— objawy te są bezwątpienia w związku z działaniem swoistem surowicy i utrzymują się w ciągu 30—40 minut.

Leczenie ropnego zapalenia sutka w okresie połogowym zapomocą t. zw. antivirus. Hamm. *La Presse Méd. Nr. 40, maj 1928.*

Leczenie to oparte zostało na wyniku prac Besredki i innych na temat uodparniania

czynnego miejscowego, przez zadziałanie antygenu poprzez skórę danej okolicy, to jest tą samą drogą, jaką zwykle przychodzi do skutku zakażenie w danych przypadkach — w przeciwieństwie do uodporniania ogólnego, poprzez krew, przez wstrzykiwanie podskórne lub domięśniowe szczepionek (propidon Delbeta). Uodpornienie miejscowe okazało się znacznie bardziej wydatne i pewne w skutkach, niż uodpornienie ogólne.

Stosuje się ów antivirus czyli przesącz szczepionki swoistej w postaci okładów pod ceratką na skórę gruczołu piersiowego od pierwszych chwil wystąpienia objawów zapalnych, poza zwykłemi okładami z lodu do czasu zupełnego ustąpienia gorączki; to działanie ściśle miejscowe można nasilić stosowaniem na skórę innych okolic ciała szczepionki mieszanej (antivirus — antygen w postaci ciał zabitych drobnoustrojów) np. salantalu. I profilaktycznie można stosować antivirus na skórę gruczołu piersiowego w ostatnich tygodniach ciąży, z wynikiem zawsze niezawodnym.

SKRZYNKA REDAKCYJNA

ODPOWIEDZI.

Ad 28.

Leczenie kiły preparatami bizmutu, stosowanego w postaci maści, nie może mieć wielkiego zastosowania. W każdym razie maści bizmutowych nie można porównać w skuteczności działania z szaruchą, przyczyną tego jest prawdopodobnie parowanie rtęci już w temperaturze ciała — bizmut zaś w tych warunkach nie paruje; a wiadomo jak wielkie znaczenie w leczeniu szaruchą ma rtęć wchłonięta przy oddechaniu. Okoliczność ta powoduje słabe wchłanianie bizmutu.

Doświadczenia kliniczne i doświadczalne (króliki) wykazują działanie lecznicze maści bizmutowych na wykwity kiłowe, działanie to jest jednak bardzo słabe i nietrwałe; wymaga ten sposób przytem znacznej ilości maści — np. 10 gr Bismocutan'u albo Neobismocutan'u (preparaty niemieckie) na dobę. Nie widzimy szczególnych wskazań dla leczenia maściami bizmutowemi; w działaniu przy zastosowaniu miejscowem na wykwit kiłowy—maści bizmutowe są mało skuteczne. Prac o wydalaniu bizmutu po wcierkach bizmutowych nie znamy. Sposób ten (leczenie bizmutowemi wcierkami) nawet po długim stosowaniu nie wpływa na wynik odczynu Wassermana w surowicy krwi.

Ad 29.

Stovarsol (= spirocid) zawiera jako ciało czynne arsen pięciowartościowy, który jest znacznie toksyczniejszy od arsenu trójwartościowego (arsenobenzol); stovarsol spokrewniony jest z atoxylem, który wywoływał częste zapalenia nerwu wzrokowego i obecnie stosowany już nie jest.

Stovarsol wedle *Levaditiego i Fournier* może mieć zastosowanie jako środek profilaktyczny w kile, opinja ta została zakwestjonowana przez *Kollego, Collura i Eversa* w stosunku do królików; znaczenia profilaktycznego w patologji ludzkiej środek ten niewątpliwie nie posiada.

Dodatnią stroną preparatu jest możność zastosowania go per os, w tej jednak formie ma on nader słabe działanie; w leczeniu amibiazy i lambliozy jelit okazał się skuteczny.

Ostatnio *Sezary* polecał stosowanie tego środka w leczeniu porażenia postępującego, stosował on go domięśniowo w bardzo dużych dawkach; efekt leczniczy był niezły, było jednak bardzo dużo powikłań ze strony wzroku (z 33 przyp. — 4 ślepoty). Większość autorów uważa, że w dawkach nietoksycznych jest on słabszy od arsenobenzolu.

M. Grzybowski.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski* Wydawca: *L. Nasierowski.*
Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU.

ANTIPYRETICVM
ANALGETICVM

CRYOGÉNINE
LUMIÈRE

Żadnych ubocznych działań.

I



NAJŁAGODNIEJSZE i NAJPEWNIEJSZE DZIAŁANIE

przeciwgorączkowe

SZCZEGÓLNIE W

gruźlicy.

DAWKOWANIE. *DOROŚLI* 1,0—2,5 grm. „PRO DIE“.
DZIECI: ZALEŻNIE OD WIEKU.

II

NAJSKUTECZNIEJSZY ŚRODEK

przeciwbólowy

W DAWKACH WIĘKSZYCH 2,0 — 3,0 DZIENNIE

(w DNIE, POSTRZALE, NERWOBÓLACH, MIGRENIE i t. p).

POSTACI:

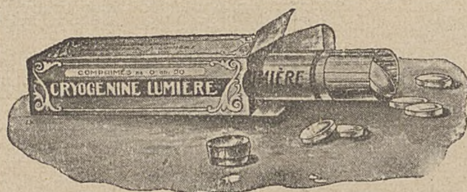
Pulvis Cryogénine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p

Comprimés { **Cryogénine** à 0,50 grm. / **Cryogénine** „ 0,25 „

W rurce 10 tabletek.

Cachets { **Cryogénine** à 0,50 grm. / **Cryogénine** „ 0,25 grm.

W rurce 10 opłatków.



PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ L. NASIEROWSKI
PIĘKNA 62. WARSZAWA Tel. 30-42; 124-39.